

GEGENWÄRTIGE TENDENZEN
IN BAUPLANUNG UND GESTALTUNG
PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN

Hans Schäffler

1901

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippius

GEGENWÄRTIGE TENDENZEN IN BAUPLANUNG UND GESTALTUNG
PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Schäffler

aus

München

München 1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Mitberichterstatter: -.-

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.1981



I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
A. EINLEITUNG	1
B. PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG	3
C. METHODIK DER ERFASSUNG	5
D. ERGEBNISSE	7
I. ZUR GESCHICHTLICHEN ENTWICKLUNG DER PSYCH- IATRISCHEN KRANKENVERSORGUNG UND DES PSYCH- IATRISCHEN KRANKENHAUSES	7
1. Mittelalter und Reformation: Bürgerhospit- täler und "Hohe Landeshospitäler"	7
2. Zeitalter des Absolutismus: Zucht- und Tollhäuser	8
3. Zeit der Aufklärung: Narrenturm in Wien und "Retreat" in York	8
4. Erste Hälfte des 19. Jahrhunderts: Zeit der Anstaltsgrndungen	9
5. Zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts: Pavillonsystem, "Stadttasyl" und Psychiatri- sche Universitätsklinik	13
6. 20. Jahrhundert: Von der "Anstalt" zum psychiatrischen Krankenhaus	14
II. ZUM GEGENWÄRTIGEN STAND DER PSYCHIATRISCHEN KRANKENVERSORGUNG	16
1. Versorgung auf der Grundlage des psychiatri- schen Grokrankenhauses und des niederge- lassenen Nervenarztes	16
2. Ansätze einer Neuordnung: Gemeindenahe psychiatrische Versorgung, Integration und Sektorisierung	17
3. Nationale Unterschiede in der psychiatri- schen Versorgung	20

	Seite
III. GRUNDLAGEN FÜR DIE PLANUNG PSYCHIATRISCHER KRANKENHÄUSER	25
1. Der Einfluß gegenwärtiger therapeutischer Konzepte auf die Planung psychiatrischer Einrichtungen	25
2. Gemeindenahe Standort und Größe psychiatrischer Einrichtungen	28
3. Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten	33
4. Makrostruktur und Funktionsbereiche psychiatrischer Krankenhäuser	35
5. Die Architektur psychiatrischer Krankenhäuser: Bautypen und Konstruktionsformen	36
IV. BESONDERE ORGANISATIONSFORMEN STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE EINRICHTUNGEN	40
1. Das psychiatrische Landes- und Bezirkskrankenhaus	40
2. Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus	41
3. Das psychiatrische Gemeindezentrum am Beispiel des Community Mental Health Center	44
V. DIE BAULICHE PLANUNG DES PSYCHIATRISCHEN PFLEGEBEREICHES	46
1. Die psychiatrische Station und ihre Teilraumgruppen	46
2. Der Einfluß der Pflegeintensität auf die räumliche Struktur psychiatrischer Stationen	56
3. Neue Konzepte der Raumplanung im Pflegebereich und den übrigen Funktionsbereichen	58
4. Die Beziehung zwischen Pflegebereich und Sozialzentrum	62
VI. RAUM- UND MILIEUGESTALTUNG IM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS	64
1. Faktoren, die die Wohnqualität eines Raumes bestimmen	64

	Seite
2. Milieugestaltung und die Notwendigkeit von Sicherheitsvorkehrungen	70
3. Möblierung und Raumausstattung psychiatrischer Stationen	71
4. Mittel zur Verbesserung der räumlichen und zeitlichen Orientierung	74
5. Milieugestaltung und Betriebsablauf	75
VII. DER UMWELTPSYCHOLOGISCHE ASPEKT IN DER GESTALTUNG PSYCHIATRISCHER STATIONEN	76
1. Die psychiatrische Station als Forschungsgebiet der Umweltpsychologie	76
2. Methoden zur Untersuchung der Umwelt psychiatrischer Stationen	77
3. Der Einfluß der Krankenhausumwelt auf das Patientenverhalten	79
4. Zusammenfassung umweltpsychologischer Forschungsergebnisse auf psychiatrischen Stationen	87
VIII. DER SOZIALPSYCHOLOGISCHE ASPEKT BEI DER GESTALTUNG PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN	88
E. DISKUSSION	90
I. AUSWIRKUNGEN DER GEMEINDENAHEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG AUF DAS PSYCHIATRISCHE KRANKENHAUS	90
1. Die Stellung des psychiatrischen Krankenhauses in einer gemeindenahen Versorgung	90
2. Schwierigkeiten bei der Realisierung einer Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik	94
3. Das Problem der chronisch Kranken	96
II. DER STELLENWERT VON BAUPLANUNG UND MILIEUGESTALTUNG PSYCHIATRISCHER ABTEILUNGEN IN DER THERAPIE	98
1. Die Gliederung der Raumgruppen nach ihrem Öffentlichkeitsgrad	98
2. Die Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung und ihre Bedeutung in der sozialen Rehabilitation des Patienten	102

	Seite
3. Überlegungen zur Grundrißform einer neuen psychiatrischen Abteilung	110
III. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER UMWELTPSYCHO- LOGIE UND MILIEUGESTALTUNG IM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS	114
F. ZUSAMMENFASSUNG	117
G. ANHANG	123
H. LITERATURVERZEICHNIS	127

A. E I N L E I T U N G

Die Fortschritte auf dem Gebiet der biologisch-psychiatrischen Therapie, der Sozialpsychiatrie und der Gruppentherapie haben vielversprechende Perspektiven in der Behandlung psychisch Kranker eröffnet und zu neuen Ansätzen in der psychiatrischen Krankenversorgung geführt. Im Kontrast zu den neuen therapeutischen Möglichkeiten verdeutlichen sich die bestehenden Mißverhältnisse in der Unterbringung psychisch Kranker noch mehr (Zwischenbericht der Sachverständigenkommission 198) und verstärken die Bemühungen, neue Lösungen in der baulichen Planung psychiatrischer Einrichtungen zu entwickeln.

Für die Zukunft ist vorgesehen, die überdimensionalen und in der Regel überbelegten psychiatrischen Landes- und Bezirkskrankenhäuser mit großem Einzugsbereich und hoher Patientenzahl durch gemeindenähe psychiatrische Versorgungszentren mit ambulanten, teilstationären und rehabilitativen Einrichtungen schrittweise abzulösen. Die Größe des psychiatrischen Krankenhauses soll bei 400 bis 600 Betten liegen, wodurch die Bevölkerung eines Standardversorgungsgebietes mit durchschnittlich 250.000 Einwohnern umfassend versorgt werden kann. Als Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus hat sich die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus entwickelt und schon in vielen Fällen bewährt.

Für die Bundesrepublik Deutschland sind diese Entwicklung sowie die Grundlagen für eine zukunftsorientierte Planung im "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (16) festgehalten, der im November 1975 erschienen ist. Von diesem Bericht gehen wichtige Impulse zum Neubau und zur Sanierung psychiatrischer Einrichtungen aus. Dies gilt um so mehr, als die Bundesregierung

nun beschlossen hat, die Haushaltsmittel des Bundes für die Versorgung psychisch Kranker aufzustocken und die längst überfälligen Reformen voranzutreiben.

Die Neuorientierung im Bau psychiatrischer Einrichtungen betrifft jedoch nicht allein die Makrostruktur, sondern auch alle Aspekte der inneren Gestaltung, von der Ausstattung der Räume bis zur Zuordnung der einzelnen Raumgruppen. Aus der Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Architekten und Psychologen sind wichtige Planungsgrundlagen entstanden (BAKER et al. 8; GOSHEN 63; SEAGER 164; STEIN-BÜCHEL-RHEINWALL 176). Dabei wird die Schaffung eines therapeutisch günstigen "Milieus" als unverzichtbares Element der Behandlung hervorgehoben. Die vorteilhafte Wirkung, die eine attraktiv gestaltete Station auf das Verhalten der Patienten ausübt, wird von den Untersuchungen der Umweltpsychologen bestätigt. Die Umweltpsychologie versucht, die gegenseitige Abhängigkeit zwischen der Umwelt und dem menschlichen Verhalten zu erforschen. In den letzten Jahren haben sich einige Arbeitsgruppen (PROSHANSKY et al. 147; HOLAHAN et al. 84; MOOS 126) speziell mit der Umwelt psychiatrischer Stationen und ihrer Wirkung auf das Verhalten der Patienten befaßt.

Da sich in den stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie die neuen Entwicklungslinien am deutlichsten darstellen, konzentriert sich die vorliegende Arbeit im wesentlichen auf dieses Gebiet und befaßt sich in erster Linie mit der Pflegeeinheit psychiatrischer Stationen.

B. PROBLEMSTELLUNG und ZIELSETZUNG

Bei der Bauplanung und Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen finden heute Erkenntnisse aus verschiedenen Fachdisziplinen Eingang. Besonders durch die enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten ist eine sinnvolle bauliche Planung psychiatrischer Krankenhäuser erst gewährleistet. In der Literatur wird immer wieder betont, wie wichtig zwischen beiden Fachbereichen eine laufende Verständigung auf jeder Stufe der Planung ist (FOLEY et al. 49, GOSHEN 63, SEAGER 164). Aber auch Einflüsse aus der Soziologie und Psychologie, vornehmlich der Umweltpsychologie, müssen heute bei der Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen berücksichtigt werden. Diese verschiedenen Fachgebiete haben sich gerade in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten in hohem Maße weiterentwickelt. So liegen aus Psychiatrie, Architektur, Psychologie und Soziologie zahlreiche Veröffentlichungen vor, die auf eine Verbesserung und Humanisierung der Unterbringung psychisch Kranker abzielen und neue Vorstellungen von der baulichen Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen haben.

Diese Situation läßt einen Überblick über die unterschiedlichen Ansätze und Entwicklungen im psychiatrischen Krankenhausbau sinnvoll erscheinen. Deshalb sind in diesem Literaturüberblick über die gegenwärtigen Tendenzen in Bauplanung und Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen nicht nur Publikationen aus der Psychiatrie und Architektur berücksichtigt, sondern auch wichtige Veröffentlichungen aus Teilbereichen der Psychologie und Soziologie integriert. Denn nur aus der Zusammenschau der verschiedenen Fachrichtungen läßt sich ein vollständiges Bild über den gegenwärtigen Entwicklungsstand zeichnen.

Um die wesentlichen Züge bei der Bauplanung und Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen darstellen zu können, ist es erforderlich, Schwerpunkte zu setzen. So konzentriert sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich auf die Probleme der stationären Versorgung in der Erwachsenenpsychiatrie. Unter Berücksichtigung fachspezifischer Erfordernisse können die grundlegenden Gedanken, die hier zum Ausdruck kommen, auch auf die anderen Teilgebiete der Psychiatrie übertragen werden.

Aus der Sicht der Psychiatrie ist die bauliche Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen in erster Linie unter dem Blickwinkel der Therapie und Rehabilitation psychisch Kranker von Bedeutung. Deshalb wird in dieser Arbeit die Fragestellung, welche baulichen Bedingungen für die Therapie und Rehabilitation des Patienten besonders günstig sind, vorrangig behandelt. In diesem Zusammenhang erfährt der Pflegebereich als neuer Wohnort der Patienten eine besondere Gewichtung gegenüber den anderen Funktionsbereichen der psychiatrischen Einrichtungen.

C. METHODIK DER ERFASSUNG

1973 veröffentlichte das Departement of Health and Social Security (37) in Großbritannien genaue Richtlinien für den Bau psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus. Zur gleichen Zeit stellte SEAGER (165) die Vorstellungen englischer Psychiater über die bauliche Gestaltung einer psychiatrischen Abteilung in seinem "Brief for an Architect" zusammen. Auch in den USA gab es schon Anfang der sechziger Jahre Bestrebungen, die Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Architekten zu intensivieren. Die Schrift von GOSHEN (63) "Psychiatric Architecture" ist ein Ergebnis dieser Bemühungen.

Diese Veröffentlichungen waren zusammen mit den ersten Untersuchungen der Umweltpsychologen (126, 147) auf psychiatrischen Stationen die Grundlage und zugleich eine wesentliche Anregung für diesen Literaturüberblick, der sich vor allem auf die erreichbaren englisch- und deutschsprachigen Publikationen stützt.

Für den historischen Teil der vorliegenden Arbeit waren hauptsächlich die Ausführungen von JETTER (94) richtungsweisend. Als Basis für den Abschnitt über die psychiatrische Krankenversorgung dienten die Handbücher von BELLAK (13, 14) und BARTEN und BELLAK (10) sowie der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (16). Die Übersichtsarbeiten von v. CRANACH (30) und FREUNDENBERG (56) in der Psychiatrie der Gegenwart führten zu weiteren wichtigen Quellen. In der Literaturübersicht "Psychiatry and Architecture" von SEAGER (164) fanden sich viele Veröffentlichungen, die sich mit der baulichen Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen befassen. Für den deutschen Sprachbereich bildete die Monographie von PANSE (143) "Das psychiatrische Krankenhauswesen"

aus dem Jahre 1964 eine erste orientierende Grundlage. 1975 faßte WINKLER (193) die neueren Veröffentlichungen auf diesem Gebiet zusammen. Eine Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der Umweltpsychologie stammt von CRAIK (29).

Da sich das hier bearbeitete Thema in einem Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Architektur bewegt, konnten sowohl der Index medicus als auch das Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie bei der Literatursuche nicht weiterhelfen. Ergiebiger war die systematische Durchsicht von Fachzeitschriften für das Krankenhauswesen, die Architektur und die Umweltpsychologie. Hier sind vor allem zu nennen: "Hospital and Community Psychiatry", "Hospitals", "Environment and Behaviour", "Krankenhausumschau", "Krankenhaus", "Bauwelt", "Bauen und Wohnen" und "Architekt".

Während der gesamten Bearbeitung des Themas waren der Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (16) und verschiedene Beiträge aus der Psychiatrie der Gegenwart 1975 (30, 56, 193) eine wichtige richtungsweisende Hilfe.

D. E R G E B N I S S E

I. ZUR GESCHICHTLICHEN ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRISCHEN KRANKENVERSORGUNG UND DES PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUSES

Die Versorgung psychisch Kranker ist im Laufe der Geschichte großen Wandlungen unterlegen. In den Einrichtungen für psychisch Kranke spiegelt sich die schon immer zwiespältige Haltung der Gesellschaft gegenüber diesen Kranken wieder. Auf der einen Seite offenbart sich eine Tendenz, die psychisch Kranken von der Gesellschaft fernzuhalten und auszusondern. Auf der anderen Seite sind Versuche sichtbar, sich gerade diesen Menschen in besonderer Weise zuzuwenden und sie in die Gemeinde der Gesunden so weit wie möglich zu integrieren. Diese gegensätzlichen Tendenzen prägen die Versorgung psychisch Kranker noch heute.

1. Mittelalter und Reformation: Bürgerhospitäler und "Hohe Landeshospitäler"

Erste systematische Ansätze in der Behandlung körperlich und geistig Kranker aus der Zeit der Griechen und Römer sind im Mittelalter wieder verlorengegangen. Besessenheit von bösen Geistern oder vom Teufel waren nun allgemein gültige Erklärungen für Geisteskrankheiten (ACKERKNECHT 1). Als neue Heilmethoden traten der Exorzismus und die Verehrung heilkräftiger Reliquien auf (DUMONT, ALDRICH 43).

Die Versorgung psychisch Kranker lag in den Händen der aufblühenden Städte und der Kirchen. Harmlose Fälle wurden von den städtischen Bürgerhospitälern und vereinzelt von den Ordensgemeinschaften und Domspitalen aufgenommen. Die lauten und rasenden Geisteskranken sah man jedoch, wie die ansteckenden Kranken, lieber draußen vor der Stadt. Wenn sie nicht in den ausbruchsicheren Türmen der Stadtmauern eingesperrt

waren, lebten sie in transportablen Kisten an den Ausfallstraßen der Städte. Nach dem Rückgang der Lepra und der Pest lag es nahe, in den leerstehenden Leprosorien die in der Gesellschaft auffälligen Personen, wie Arbeitsscheue, Dirnen und Irre zu verwahren (KIRCHHOFF 102).

In der Zeit der Reformation begann in Deutschland erstmals eine planmäßige Irrenfürsorge, die über die Grenzen der Städte hinausreichte. In mehreren säkularisierten Klöstern ließ der Landgraf von Hessen, Phillip der Großmütige, die "hohen" Landeshospitäler errichten (JETTER 92, 93, 94).

2. Zeitalter des Absolutismus: Zucht- und Tollhäuser

Die Probleme, die sich in jeder Gesellschaft durch Außen-seiter ergeben, lösten die absolutistischen Landesherrn durch radikales ordnungspolizeiliches Vorgehen. Die Geisteskranken wurden zusammen mit Landstreichern, Bettlern, Dirnen, Arbeitslosen, Kriminellen, Geschlechtskranken und politisch Auffälligen hinter Schloß und Riegel verbannt. So entstand ein Anstaltstyp, der in Frankreich als "Hôpital Général", in England als "Workhouses" und in Deutschland als "Zucht- und Tollhäuser" bekannt wurde. Durch Zucht und Disziplin sollte in diesen Häusern zugleich auch eine gewisse Erziehung und Resozialisierung stattfinden (JETTER 92, 93, 94).

3. Zeit der Aufklärung: Narrenturm in Wien und Retreat in York

Die Zeit der Aufklärung und die französische Revolution führten zur Befreiung Geisteskranker aus ihrer Gleichstellung mit den Kriminellen und Asozialen.

Am Allgemeinen Krankenhaus Joseph II in Wien wurde 1784 eine eigenständige Irrenabteilung eröffnet, die als Narrenturm

bekannt wurde. Der Turm hatte 5 Stockwerke mit jeweils 28 gut bewachbaren Einzelzellen. Da zu dieser Zeit eine Heilung der Irren als unmöglich galt, war Sicherheit das oberste Bauprinzip (JETTER 95).

Bald bestimmten jedoch neue Ideen die Irrenheilkunde und es kam zu einer wachsenden humanitären Zuwendung an den psychisch Kranken, die das starre Bauprinzip des Narrenturm in Vergessenheit geraten ließen. In England waren es die Quäker, die in ihrer in York gegründeten Anstalt "Retreat" erstmals das Prinzip des "moral managements" einführten. Diese Methode setzte sich in Deutschland als "psychische Kurmethode", in Italien als "cura morale" und in Frankreich als "traitement moral et philosophique" durch. In Frankreich entwickelte Pinel am Bicêtre und an der Salpêtrière eine reichhaltige klinische Diagnostik. Er versuchte dabei weitgehend auf Zwangsmaßnahmen zu verzichten und wurde durch die Befreiung der Geisteskranken von den Ketten am Bicêtre 1794 weit über die Grenzen Frankreichs berühmt. In Deutschland setzte Reil die Erkenntnisse Pinels auf seine romantische, naturphilosophische Weise um (ACKERKNECHT 1).

4. Erste Hälfte des 19. Jahrhunderts: Zeit der Anstaltsgründungen

Eine allmählich einsetzende, planmäßige staatliche Irrenfürsorge führte im 19. Jh. zur Gründung zahlreicher psychiatrischer Anstalten. Unterschiedliche, historisch bedingte Formen der Versorgung psychisch Kranker und starke Einzelpersönlichkeiten aus der Psychiatrie und der Architektur prägten zu Beginn des 19. Jh. national eigenständige Bautypen für Geisteskranke (HABERMANN 72).

a. Großbritannien: Panoptische Anstalt

Die panoptische Irrenanstalt, entwickelt von Jeremy Bentham, erlaubte eine Beaufsichtigung der Patienten mit minimalem Aufwand an Personal durchzuführen. Im "Glasgow Royal Asylum for Lunatics" zweigten von einem zentralen Überwachungsbau radspeichenförmig vier Pflegeabteilungen ab. Von dem zentralen Überwachungsraum konnten die Stationenflure, Tagesräume und Wachsäle direkt überblickt werden (zit. n. HABERMANN 72).

b. USA: Kirkbride Hospital

Die Architektur des psychiatrischen Krankenhauses des 19. Jh. in den USA ist durch die Person des Psychiaters KIRKBRIDE geprägt (202). Seine Ideen wurden im "State Hospital for the Insane Tuscaloosa" verwirklicht: An einen Zentralbau mit den allgemeinen Diensten schloßen sich auf beiden Seiten drei, regelmäßig zurückgestaffelte Pflegeeinheiten an. Dadurch erhielten die Flurenden Tageslicht und ließen sich natürlich belüften. Die Tagesräume am Ende jeder Station waren baulich vorgezogen und führten zu einer klaren Gliederung der Fassade.

Kirkbride betrachtete das psychiatrische Krankenhaus selbst als Mittel der Therapie. Er forderte deshalb genügend Tages- und Eßräume, sowie ausreichende Privatsphäre in den Einzel- und Vier- bis Sechsbettzimmern. Maximal 250 Patienten pro Krankenhaus und 15 Patienten pro Station sollten ein individuelles Eingehen auf den psychisch Kranken erleichtern.

c. Frankreich: Carré isolé

In Frankreich bestimmten bis zum Ende des 19. Jh. die Ideen von Jean Dominique Esquirol den Charakter der Irren-

anstellen. Das Grundelement dieser Anstalten war nach JETTER (94) das "carré isolé". Die Einzelzellen für die Patienten waren linear aneinandergereiht und begrenzten einen rechteckigen Hof, der meist mit schattenspendenden Bäumen bepflanzt war. Den Zellen waren Säulengänge vorge- lagert, die den Patienten als Wandelhallen dienten. Eine Vielzahl von addierten Hofeinheiten erlaubte eine diffe- renzierte Unterbringung der Patienten nach Krankheitssta- dium und Diagnose.

Zu den imponierensten Neubauten dieser Zeit zählte "La Maison Royal de Charenton" bei Paris, mit dessen Bau 1838 begonnen wurde. 16 carrés isolés erhoben sich auf 2 Teras- sen über der Seine und wurden von einer akropolisartigen Kirche und dem Verwaltungsbau in einen Männer- und einen Frauenteil getrennt. Dieser Anstaltstyp galt in Frankreich als unübertrefflich und verzögerte dort die Einführung der kolonialen Irrenfürsorge und des Pavillonsystem (JETTER 94).

d. Deutschland: Relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt

Durch die Säkularisation standen den deutschen Landesherrn viele ehemalige Klöster und Schlösser zur Verfügung, die in vielen Fällen zu Irrenanstalten umgebaut wurden. Neben die- sen "adaptierten Anstalten" kam es auch zu zahlreichen Neu- gründungen. Zu den ersten Neubauten zählte die Irrenanstalt in Schleswig, die zwischen 1818 und 1820 entstand. Hier wa- ren heilbare und unheilbare Kranke noch zusammen unterge- bracht. Im gleichen Zeitraum fanden in Deutschland jedoch auch die "getrennten Heil- und Pflegeanstalten" Verbreitung. Als Geburtsstunde dieses Anstaltstyps gilt das Jahr 1805, in dem der Arzt Gottfried Langermann das Tollhaus in Bayreuth in eine psychische Heilanstalt umwandeln sollte. Langermann scheint diese Aufgabe so gelöst zu haben, daß er die unheil- bar Kranken aus Bayreuth im Austausch gegen akute Fälle nach

Schwabach verlegte (JETTER 92, 93, 94).

Nach diesem Vorbild entstanden in den deutschen Staaten überall Heilanstalten, denen in mehr oder weniger weiter Entfernung Pflegeanstalten für die als unheilbar geltenden Irren angegliedert waren. Erst der Heidelberger Irrenarzt Christian Friedrich Roller konnte die Trennung von heilbaren und unheilbaren Geisteskranken überwinden, indem er einen neuen Anstaltstypus entwickelte, der weit über die Grenzen Deutschlands berühmt wurde, die "relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt". Im Jahre 1837 wurde nach Rollers Vorstellungen mit dem Bau der Großherzoglichen Badischen Heil- und Pflegeanstalt in der Illenau bei Achern begonnen. Da Roller die Einsamkeit und den Verlust früherer Verbindungen als wirksames Therapeutikum betrachtete, war dieser idyllische Ort der ideale Bauplatz für sein Vorhaben. Die Anstalt ließ sich durch ein gedachtes Achsenkreuz in vier Teile gliedern. Mittelhof und Kirche trennten die Männer- von der Frauenseite, die selbst wieder aus einer Heil- und Pflegeanstalt bestanden. Kleine "Tobabteilungen" waren den jeweiligen Flügeln angeschlossen. Diese großartige Anlage vereinigte somit vier weitgehend getrennte Anlagen unter der Verwaltung und autoritären ärztlichen Leitung eines Direktors.

Mit der Illenau hatte die deutsche Psychiatrie auch auf dem Gebiet der Anstaltspsychiatrie den Anschluß an das Ausland gefunden. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß die Zwistigkeiten Rollers mit den Vertretern der aufkommenden Universitätspsychiatrie den Grundstein für die lang anhaltende und unglückliche Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie gelegt haben (JETTER 92, 93, 94).

5. 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts: Pavillonsystem,
Stadttasyl und Psychiatrische Universitätsklinik

a. Koloniale Irrenfürsorge und Pavillonsystem

Die 2. Hälfte des 19. Jh. brachte neue Ansätze zur Liberalisierung der psychiatrischen Anstalten. Das "no-restraint-system" der englischen Ärzte J. Conolly und R. Gardiner-Hill fand in Deutschland eine wachsende Zahl von Anhängern. Da zugleich das Vertrauen der Bevölkerung in die Psychiatrie wuchs und die Anstalten auch Patienten mit leichteren Krankheitsbildern aufnahmen, wurden den meisten psychiatrischen Krankenhäusern landwirtschaftliche Kolonien angegliedert, die den ruhigen und arbeitsfähigen Kranken freiere Formen der Unterbringung boten (PANSE 143).

Der rege internationale Erfahrungsaustausch führte dann Ende des 19. Jh. zu einem international anerkannten Entwurfsschema für psychiatrische Anstalten, dem Pavillonsystem. Es dient auch heute noch vielfach als Grundlage für psychiatrische Krankenhäuser und hat seitdem viele Organisationsvarianten durchlaufen (HABERMANN 72).

Die erste koloniale Irrenanstalt im Pavillonsystem wurde in Deutschland von dem Psychiater Koeppel zusammen mit Paetz auf dem ca. 300 ha großen Rittergut Alt-Scherbitz in Sachsen errichtet. Um die Zentralanstalt mit geschlossenen Pavillons gruppierten sich kleine Häuser für 20 - 40 Patienten sowie die Kolonie mit offenen Ländhäusern. Weitere Anlagen mit dorfartigem Charakter wurden nach diesem Beispiel gebaut (PANSE 143).

b. Das Stadttasyl und die Psychiatrische Universitätsklinik

Die psychiatrischen Anstalten des 19. Jh. wurden alle ausserhalb der Städte in ländlich abgeschiedenen Gegenden gegründet. 1868 empfahl nun GRIESINGER (69) in jeder größeren Stadt ein nach ihm so benanntes Stadttasyl für akut Kranke

zu eröffnen. Griesinger ging von der Annahme aus, daß Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns seien und infolgedessen die Geisteskranken den körperlich Kranken gleichgestellt werden müßten. Deshalb sollte das Stadtasyl Teil eines Allgemeinen Krankenhauses sein. Dies hätte den Vorteil, daß der Patient weniger in die Gefahr geriete, seine freundschaftlichen und sozialen Beziehungen während eines Klinikaufenthaltes zu verlieren. Die Anstaltspsychiater wandten sich gegen die Vorschläge Griesingers und befürchteten eine Überfüllung der psychiatrischen Anstalten mit chronischen Patienten. Da Griesinger inmitten dieser Auseinandersetzung starb, wurden die Stadtasyle nur vereinzelt gegründet, so daß die Universitätskliniken ab 1880 deren Funktion übernahmen. Dadurch wurde nicht nur die Trennung zwischen Hochschul- und Anstaltspsychiatrie eingeleitet, sondern auch die Trennung zwischen akut und chronisch Kranken.

6. 20. Jahrhundert: Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus

Die rege Bautätigkeit im 19. Jh. bis hin zum 1. Weltkrieg konnte nicht verhindern, daß sich die Anstalten immer mehr überfüllten. Zwar konnte KRAEPELIN (106), der sich eingehend mit der Versorgung psychisch Kranker in den zurückliegenden hundert Jahren beschäftigte, um die Jahrhundertwende die Grundlagen einer heute noch gültigen Klassifikation und Diagnostik psychiatrischer Krankheitsbilder erarbeiten. Aber es gelang in dieser Zeit noch nicht, eine wirkungsvolle Therapie der Psychosen zu entwickeln. In der Folge erfaßte eine Welle der Resignation und Mutlosigkeit die Anstalts- wie auch die Universitätspsychiatrie.

Neuen therapeutischen Optimismus brachte die Einführung der Insulinkuren 1933 und der Elektrokrampftherapie 1938 sowie

die mit der Entwicklung des Chlorpromazins 1952 beginnende Psychopharmakotherapie der Psychosen. Zugleich wurden in Großbritannien neue Rehabilitationsverfahren erprobt (DILLING 39, 40), um den sekundären Hospitalisierungsschäden bei Langzeitpatienten vorzubeugen (FREUDENBERG 55, BIERER 17). Aus dieser Zeit stammt der von MAIN geprägte Begriff der therapeutischen Gemeinschaft, ein Therapiekonzept, das JONES (99) in Großbritannien und STANTON & SCHWARTZ (175) in den USA in die klinische Praxis einführen.

Die sich ergänzenden Fortschritte in der Somato-, Psycho- und Soziotherapie psychisch Kranker führten nach dem 2. Weltkrieg in den Industrienationen zu neuen Tendenzen in der psychiatrischen Krankenversorgung, die sich auf den Bau psychiatrischer Einrichtungen auswirkten.

II. ZUM GEGENWÄRTIGEN STAND DER PSYCHIATRISCHEN KRANKEN- VERSORGUNG

Der historische Abriß zeigt deutlich die enge Wechselbeziehung zwischen der psychiatrischen Krankenversorgung und der Form und Gestaltung der psychiatrischen Krankenhäuser. Die gegenwärtigen Tendenzen im Bau psychiatrischer Einrichtungen sind entscheidend durch die Verbesserungen der Versorgung psychisch Kranker mitbestimmt, die nach dem 2. Weltkrieg in den Industrieländern einsetzte.

1. Versorgung auf der Grundlage des psychiatrischen Groß- krankenhauses und des niedergelassenen Nervenarztes

Die psychiatrischen Versorgungssysteme in den Ländern mit hoch entwickelter Medizin weisen trotz kultureller und organisatorischer Verschiedenheiten große Ähnlichkeiten auf. So haben diese Länder alle das Erbe eines von der Allgemeinmedizin getrennten psychiatrischen Krankenhauses angetreten. In diesen Ländern kam es nach einer Phase verstärkter humanitärer Hinwendung zum psychisch Kranken in der ersten Hälfte des 19. Jh. zu einer Welle der Resignation, die mit der Vergrößerung und Überfüllung der psychiatrischen Anstalten einherging (Ber. ü.d. Lage d. Psychiat. 16). Mit durchschnittlich 1200 Betten, einer Überbelegung, die bis zu 40 bis 60 % beträgt und einer Entfernung bis zu über 100 km vom Wohnort des Patienten sind die psychiatrischen Landes- und Bezirkskrankenhäuser in der BRD typische Beispiele für diese Entwicklung (DEGKWITZ, SCHULTE 34; FINZEN 47, SCHULZ 163, ZERSSEN, DILLING 196). Zugleich wurden die langfristig hospitalisierten Patienten, die bis zu 70 bis 80 % der Belegung eines psychiatrischen Krankenhauses ausmachten, zu einem ernststen Problem (FREUDENBERG 55).

In der BRD tragen heute noch die Psychiatrischen Landes- und Bezirkskrankenhäuser die Hauptlast der Versorgung psychisch Kranker. Übergangseinrichtungen, wie sie in vergleichbaren Ländern als Tages- und Nachtkliniken, Übergangsheime, Wohnheime, beschützende Werkstätten, beschützende Wohnungen und Wohngemeinschaften bekannt sind, entstehen jetzt erst. Vorhandene Dienste dieser Art tragen eher modellhaften Charakter (BISTER 19, BOSCH 22, FINZEN 47, 48, MÜLLER 129, PHILIPZEN 144, PÖRKSEN 146). Die ambulante Versorgung wird in der BRD fast ausschließlich von den niedergelassenen Nervenärzten übernommen. Am 13.12.77 gab es in der BRD 1041 niedergelassene Nervenärzte, von denen jeder im Schnitt 59.300 Einwohner versorgte. In den großstädtischen Ballungszentren liegt die nervenärztliche Versorgung über dem Durchschnitt, während in mehr als einem Drittel der Kreise und kreisfreien Städte kein niedergelassener Nervenarzt registriert ist (Ber. ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Angesichts dieser Situation in der Versorgung psychisch Kranker sprach HÄFNER (73) 1965 von einem nationalen Notstand. Denn zu dieser Zeit zeichneten sich in den meisten vergleichbaren Ländern schon deutlich neue Entwicklungen in der psychiatrischen Krankenversorgung ab.

2. Ansätze einer Neuordnung: Gemeindenahe psychiatrische Versorgung, Integration und Sektorisierung

a. Integration:

Unter Integration wird die Einbeziehung aller in der Psychiatrie tätigen Personen und Institutionen in ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem verstanden. Tabelle 1 zeigt die Vielfalt der psychiatrischen Dienste, die in enger Zusammenarbeit eine kontinuierliche Versorgung der Patienten

Angebote in einem Standardversorgungsgebiet

Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste

Allgemeine professionelle und nicht-professionelle Beratung in den Bereichen:

Erziehung, Seelsorge, Rechtspflege, Gesundheitsämter, Arbeitsverwaltung und Sozialversicherung, Sozialarbeit

Beratungsstellen

praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

psychosoziale Kontaktstellen

Fachärzte anderer Disziplinen

Ambulante Dienste

niedergelassene Nervenärzte

niedergelassene ärztliche und nicht-ärztliche Fachpsychotherapeuten

Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern

niedergelassene Psychagogen (Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten)

psychosoziale Versorgungseinrichtungen (in unterversorgten Gebieten)

<i>Ambulante Dienste an Krankenhaus-einrichtungen</i>	<i>Halbstationäre Dienste</i>	<i>Stationäre Dienste</i>	<i>Komplementäre Dienste</i>	<i>Spezielle rehabilitative Dienste</i>	<i>Dienste für Behinderte</i>
ambulante Dienste an psychiatrischen Behandlungszentren	Tageskliniken und Nachtkliniken	Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	Übergangshome	Werkstätten für Behinderte	Einrichtung zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken	Tageskliniken und Nachtkliniken für besondere Patientengruppen	psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern	Wohnheime und Wohnheime für besondere Patientengruppen	Beschützende Arbeitsplätze	Sonderkinder-gärten
Fachambulanzen		gerontopsychiatrische Abteilung	Beschützende Wohngruppen und Wohnungen		Sonderschulen
		Assessment-Unit für psychisch kranke alte Menschen	Familienpflege		Sonderklassen
			Tagesstätten		Wohnangebote
			Patientenclubs		Bildungs-, Freizeit- und Erholungs-stätten
			Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfach-behinderte		

KOORDINATION

Psychosozialer Ausschuß
Kooperation der Träger
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PLANUNG

Tabelle 1: Psychiatrische Dienste in einem Standardver-sorgungsgebiet (aus Ber. ü.d. Lage d. Psy-chiatrie 16)

gewährleisten sollen. Gleichzeitig wird eine Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin angestrebt.

In Großbritannien soll ein multidisziplinäres psychiatrisches Team das Ineinandergreifen der verschiedenen Dienste sicherstellen. Nach den Vorstellungen des "Tripartite Committee" (154) setzt sich das Team aus psychiatrischen Fach- und Assistenzärzten, niedergelassenen Ärzten, Sozialarbeitern, Beschäftigungstherapeuten, einem klinischen Psychologen und Schwestern zusammen. Es betreut den Patienten in allen Krankheitsstadien sowohl in den ambulanten als auch in den teilstationären und stationären Einrichtungen (WING 187).

b. Regionalisierung (Sektorisierung):

Die Koordination der psychiatrischen Dienste geschieht innerhalb eines bestimmten geographischen Gebietes, dessen Grenzen möglichst mit denen der Gemeindeverwaltungen übereinstimmen sollen. Ein solches "Standartversorgungsgebiet" soll, abgesehen von überregionalen Spezialeinrichtungen, in der Versorgung der psychisch Kranken autonom arbeiten. Die Größe der Versorgungsgebiete variiert in den meisten Ländern zwischen 80.000 und 400.000 Einwohnern (Ber. ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

In Großbritannien wird eine zunehmende Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung angestrebt. Ein Sektor mit 60.000 Einwohnern soll von einem multidisziplinären psychiatrischen Team umfassend versorgt werden. In der Regel bilden 4 bis 5 Sektoren einen Distrikt, dessen Mittelpunkt die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus ist (FREUDENBERG 56, WING 187, Tripartite Committee 154, DHSS 37).

In den Niederlanden wird eine psychiatrische Versorgung in drei Stufen praktiziert. In der ersten Stufe arbeiten Hausärzte, Gemeindeschwestern und Geistliche mit den lokalen

Sozialdiensten zusammen. Die Versorgung in der zweiten Stufe geschieht durch niedergelassene Nervenärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und sozialpsychiatrisch geschultes Krankenpflegepersonal. Für 20.000 bis 40.000 Einwohner steht eine kleine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung, die von niedergelassenen Nervenärzten betrieben wird. Die Hauptversorgung in der dritten Stufe wird für etwa 250.000 Einwohner von einem psychiatrischen Zentrum mit moderner therapeutischer und diagnostischer Ausstattung übernommen (BUIS 25, GIEL 59, MARLETT 114, RAUCH et al. 150).

c. Gemeindenähe:

Eine möglichst geringe Entfernung aller Behandlungsmöglichkeiten zum Wohnort des Patienten ist notwendig, um einen völligen Abbruch der sozialen Beziehungen in der Akutbehandlungsphase zu verhindern und ihre Wiederaufnahme in der Rehabilitation zu erleichtern. Gemeindenähe bedeutet auch die Kopplung der psychiatrischen Dienste mit den übrigen kommunalen Versorgungseinrichtungen.

3. Nationale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung

a. Großbritannien

Die Gründung des nationalen Gesundheitsdienstes (133) 1948 in Großbritannien brachte unter anderem auch die völlige Gleichstellung der psychiatrischen Krankenhäuser mit den Allgemeinkrankenhäusern und war somit für die eigenständige Entwicklung der Psychiatrie von großer Bedeutung. Mit dem Mental Health Act (123) von 1959 wurden die geltenden Bestimmungen für die richterliche Zwangseinweisung aufgehoben. Für die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus gelten

seither, sofern sie nicht durch Gesetzesverstoß bedingt sind, die gleichen Bedingungen, wie für die Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus.

Um eine kontinuierliche ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wurden 1972 die drei Zweige des nationalen Gesundheitsdienstes - niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte und Ärzte des Gesundheitsdienstes - vereinigt. Diese Entwicklung ist in einer von den Fachgesellschaften ernannten Kommission, dem "Tripartite Committee" (154) dokumentiert. Nach genauer Analyse der noch bestehenden Mängel in der Versorgung psychisch Kranker hat das Komitee Maßnahmen und Zielvorstellungen zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung in Großbritannien erarbeitet. Dabei wird bedauert, daß die Sozialdienste, die seit 1970 über eine eigene kommunale Verwaltung verfügen, nicht in den Nationalen Gesundheitsdienst integriert wurden, und es wird empfohlen, diese Kluft durch eine enge Zusammenarbeit auf lokaler Ebene zu überbrücken.

Im Hospital Plan des Jahres 1962 (3) wird eine allmähliche Reduzierung des Bettenbestandes in psychiatrischen Einrichtungen von 3,3 ‰ auf 1,8 ‰ angestrebt. Zugleich sieht der Plan vor, die stationäre Versorgung schrittweise auf psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus zu verlegen, während die überdimensionalen und gemeindefernen Anstalten allmählich geschlossen werden sollen.

Um den raschen Ausbau psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus nicht durch einen zu hohen Bettenschlüssel zu verzögern, werden vom zuständigen Ministerium nur noch 0,5 ‰ Betten für die Erwachsenenpsychiatrie empfohlen. Allerdings sollen die stationären Einrichtungen durch 65 Plätze/100.000 Einwohner in den Tageskliniken ergänzt werden (DHSS 37).

Untersuchungen zeigen, daß ein großer Teil der stationären

Patienten auch in Tageskliniken behandelt werden kann (FOX et. al. 52, GLEISNER et al. 60). Deshalb glaubt man im zuständigen Ministerium, zunächst mit dieser niedrigen Bettenziffer von 0,5 ‰ auszukommen (BROTHHOOD 24, GLANCY 60, LETEMANDIA et al. 113, TOOTH et al. 180). 1972 leisteten in Großbritannien 145 Tageskliniken mit 11,4 % der Aufnahmen einen spürbaren Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker. Daneben konnten 15,8 % der stationären Aufnahmen (Stand 1970) von 95 psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus bewältigt werden (Ber. ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

b. USA

In den USA entstanden wie in Großbritannien nach dem 2. Weltkrieg im wachsenden Maße Tageskliniken und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die die state mental hospitals nach und nach entlasten konnten. 1971 liefen 40 % der stationären Aufnahmen über die psychiatrischen Abteilungen (Department of Health 36).

Die psychiatrischen Abteilungen befinden sich hauptsächlich an Privatkliniken und sind deshalb in erster Linie den Patienten der Mittelschicht offen. Dadurch wird ihre Bedeutung für die Versorgung der Gesamtbevölkerung stark geschmälert (CRANACH 30). 1972 gab es außerdem 989 Tageskliniken, die 3 % der Krankheitsepisoden versorgten (Department of Health 36).

Von 1955 bis 1973 verringerte sich in den USA die Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten von 560.000 auf 250.000. Neben der Einführung der Psychopharmaka kommt hier der Aufbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen zum Ausdruck (BRILL 23, MAXMEN et al. 119).

Unbefriedigt über die Versorgung psychisch Kranker rief die amerikanische Regierung 1955 die "Joint Commission on

Mental Illness and Health" (97) ins Leben, die 1960 ihren Abschlußbericht vorlegte und darin den Aufbau kleiner gemeinepsychiatrischer Einrichtungen empfahl.

Präsident Kennedy (101) hat diese Empfehlungen in einer vielbeachteten Ansprache unterstützt. Daraufhin kam es 1963 zur Verabschiedung des Community Mental Health Center Act (CMHC), in dem das CMHC als Modell einer regionalen Versorgung eingeführt wurde.

Ein CMHC soll zwischen 70.000 und 200.000 Einwohner versorgen und über ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sowie über einen Bereitschaftsdienst und Dienste zur Beratung und Aufklärung verfügen. Erwünscht sind außerdem rehabilitative Einrichtungen sowie Möglichkeiten zur Weiter- und Fortbildung, Forschung, Fachausbildung und Dienste für Patienten mit speziellen Krankheitsbildern (KOHLMAYER 105, GREENBLATT 67, OZARIN et al. 141, REIMANN 153). Am 1. September 1975 waren die Mittel für 540 Projekte genehmigt und 392 CMHC im Betrieb (Ber. ü.d. Lage d. Psychiatrie 16).

c. Bundesrepublik Deutschland

In der BRD setzt eine zu den übrigen Ländern vergleichbare Entwicklung erst spät ein. 1971 veröffentlichte die "Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde" in einem Rahmenplan Leitlinien zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker (38). Im gleichen Zeitraum erschien eine Reihe von Arbeiten, die sich mit der Reform der psychiatrischen Krankenversorgung befaßte (DEGKWITZ 32, 33, DEGKWITZ, SCHULTE 34, EHRHARDT 44, DILLING 40, 41, ZERSSEN, DILLING 196). Parallel dazu erstellten viele Bundesländer Rahmenpläne und Richtlinien zur Versorgung psychisch Kranker (6). 1975 legte die von der Bundesregierung beauftragte Sachverständigenkommission den "Bericht über die Lage der Psychia-

trie in der Bundesrepublik Deutschland" vor (16). Darin sind die Richtlinien für den Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie ausgearbeitet. Die schon bekannte Tabelle auf Seite 18 zeigt die möglichen Angebote an psychiatrischen Diensten im Standortversorgungsgebiet. Mittelpunkt der stationären Versorgung sollen die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus mit rund 200 Betten oder das psychiatrische Krankenhaus mit 400 bis 600 Betten sein.

Die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie ist nicht allein auf die eben besprochenen Länder beschränkt. Zahlreiche Berichte über erfolgreich arbeitende Modelle gemeindenaher Versorgung liegen auch vor über Norwegen (DILLING 42), Dänemark (STRÖMGREN 178), Schweden (FORSSMANN 51), Frankreich (HELD 78, LEBOVICI et al. 111) sowie in Canada (SMITH 170).

Die dem psychiatrischen Krankenhaus vorgelagerten Ebenen der Versorgung sind in der Literatur ebenfalls sehr ausführlich behandelt. So hat CAPLAN (26) die Prinzipien der primären, sekundären und tertiären Prävention vor allem in Hinsicht auf die Psychiatrie herausgearbeitet. Mit den das psychiatrische Krankenhaus flankierenden Einrichtungen befassen sich unter anderem BENNET (15), FREEMAN et al. (54), GLASER (61) und ROSS (156). Bei BECKENSTEIN (11), BLUMENKRANZ (21) und MCATEE (120) finden sich Erfahrungen mit der Umstellung des traditionellen psychiatrischen Krankenhausbetriebs auf eine gemeindenahe stationäre Versorgung. Wichtig für den weiteren Ausbau der Gemeindepsychiatrie ist die Messung ihrer Effektivität gegenüber anderen Versorgungssystemen. Ansätze hierzu wurden von WING, HAILEY (189), WING (186, 188), GRAD et al. (65) und SAINSBURY (157) entwickelt.

III. GRUNDLAGEN FÜR DIE PLANUNG PSYCHIATRISCHER KRANKEN- HÄUSER

In der Diagnostik und Therapie der stationären psychiatrischen Krankenversorgung werden heute immer biologisch-psychiatrische, psychodynamisch-psychotherapeutische und sozial-psychiatrische Gesichtspunkte eine Rolle spielen (HIPPIUS 81). Auf jedem dieser Gebiete wurden in den letzten drei Jahrzehnten große Fortschritte erzielt, die alle einen deutlichen Einfluß auf die Planung psychiatrischer Einrichtungen haben. Dadurch ist das psychiatrische Krankenhaus alter Prägung, wie es noch in der Monographie von PANSE (143) aus dem Jahre 1964 ausführlich dargestellt ist, weitgehend überholt. Andererseits ist es eine Realität, daß immer noch ein Großteil der stationär behandelten Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern aus dem letzten Jahrhundert untergebracht ist (Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

1. Der Einfluß gegenwärtiger therapeutischer Konzepte auf die Planung psychiatrischer Einrichtungen

Die Einführung der Psychopharmaka hat einen großen Wendepunkt in der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder mit sich gebracht. Viele akute und chronische Störungen sowie Erregungszustände lassen sich seither erfolgreich behandeln. Dadurch hat sich die Zeit der stationären Behandlung erheblich verkürzt. Auf Sicherheitsmaßnahmen, wie schalldichte Zellen, vergitterte Fenster und geschlossene Stationen kann mehr und mehr verzichtet werden. Aus dem gleichen Grund ist eine normale Möblierung und eine wohnliche Ausstattung der Station möglich geworden (WINKLER 192, Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Die Erfolge der biologisch-psychiatrischen Therapie mit Psychopharmaka haben aber auch die Entwicklung der Sozial-

psychiatrie zu ihrer heutigen Form wesentlich erleichtert. Die Sozialpsychiatrie geht davon aus, daß bei Manifestation, Ausgestaltung, Verlauf und Rehabilitation psychischer Erkrankungen soziale Faktoren mitbestimmend sind. Patienten, die einer stationären, psychiatrischen Behandlung bedürfen, sollen ein normales soziales Verhalten wiedererlernen und so schnell wie möglich wieder in ihre frühere Gemeinschaft integriert werden, um soziale Kontakte zu erhalten oder aufzubauen (WINKLER 192).

Zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrie gehören auch die verschiedenen Verfahren und Einrichtungen der Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation, wie Tages- und Nachtambulanz, beschützende Werkstätten und beschützende Wohnungen. Die Sozialpsychiatrie in diesem Sinne ist aus der modernen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken. Gemeindenahe Einrichtungen der Vor- und Nachsorge ergänzen die stationäre Versorgung im Krankenhaus und tragen dazu bei, die gegenwärtige Zerteilung der psychiatrischen Versorgung in ambulante und stationäre Versorgung zu überbrücken. Durch eine sinnvolle Koordination des psychiatrischen Krankenhauses mit den teilstationären und ambulanten Diensten sowie den Rehabilitationseinrichtungen im Aufnahmegebiet lassen sich die Zahl der stationären Aufnahmen verringern und die Verweildauer in der Klinik verkürzen. Deshalb müssen für einen bedarfsgerechten Entwurf eines neuen psychiatrischen Krankenhauses alle flankierenden Einrichtungen des Versorgungsgebietes in die Planung miteinbezogen werden (WINKLER 193, Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Auch psychodynamisch-psychotherapeutische Gesichtspunkte sollten bei der Planung psychiatrischer Einrichtungen nicht vernachlässigt werden. Die klinische Gruppentherapie und die Ablösung des kustodialen Stils durch ein von den Patienten aktiv mitgetragenes therapeutisches Programm, wie es in

der therapeutischen Gemeinschaft verwirklicht ist (JONES 99, STANTON, SCHWARTZ 175), gehen hauptsächlich auf den Einfluß der Psychotherapie zurück. Sie sind, wenn auch noch nicht überall praktiziert, zu einem wichtigen Glied in der Behandlung psychisch Kranker geworden.

Die ermutigenden Fortschritte auf vielen Teilgebieten der Psychiatrie, die einen neuen Optimismus in Therapie und Diagnostik mit sich bringen, führen notwendigerweise zu einer Überprüfung der teilweise unzumutbaren Unterbringung der Patienten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern. Auf den überfüllten und unzureichend möblierten Stationen ist es den psychisch Kranken unmöglich, ihre humanitären Grundbedürfnisse zu befriedigen. Deshab wird heute die Gestaltung eines therapeutischen Milieus sowohl von den Psychiatern, als auch von den Architekten als ein wichtiger Teil der Therapie gesehen (Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16). In diesem Zusammenhang sollen deshalb schon bei der Planung eines psychiatrischen Krankenhauses die folgenden Überlegungen miteinbezogen werden:

- Der psychisch Kranke ist immer als vollwertiger Mensch und vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu betrachten. Diese Einstellung gegenüber dem psychisch Kranken soll auch in Bau und Gestaltung der psychiatrischen Einrichtungen ihren Ausdruck finden. Ebenso dürfen Einkommens-, Religions- und soziale Unterschiede nicht zu Nachteilen in der Behandlung und Unterbringung führen. Klinische Gesichtspunkte haben bei diesen Fragen immer den Vorrang (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, HILLMANN 80).
- Die Pflegequalität, d.h. die Schaffung eines therapeutisch günstigen Milieus sollte bei der baulichen Gestaltung psychiatrischer Stationen mit an erster Stelle stehen. Ein therapeutisch günstiges Milieu ist zu einem unver-

zichtbaren Element psychiatrischer Behandlung geworden. Genauso wie eine Operation oder die Behandlung eines körperlich Kranken nicht an den Kosten scheitern darf, kann die Planung eines psychiatrischen Krankenhauses nicht nach rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden, wenn dadurch Nachteile für die Therapie entstehen (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, HILLMANN 80).

- Die Individualität des psychisch Kranken darf nicht unterdrückt werden. Alles was beim Bau psychiatrischer Krankenhäuser die institutionelle Atmosphäre überbetont, soll vermieden werden (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176).
- Der Kontakt des Patienten mit der Außenwelt soll erhalten und gefördert werden. Die Architektur psychiatrischer Einrichtungen darf für diese Bestrebungen keine Barrieren bilden, sondern soll sie durch eine nach außen offene Bauweise fördern (HILLMANN 80).
- Das psychiatrische Krankenhaus dient dem Patienten als neue Wohnstätte. Hier soll durch geeignete Maßnahmen und Einrichtungen die Arbeitsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt und die Ausbildung zwischenmenschlicher Beziehungen erleichtert werden (HILLMANN 80, SIVADON 168, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176).

2. Gemeindenaher Standort und Größe psychiatrischer Einrichtungen

a. Standort

Geographische Lage: Im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie soll in Zukunft jedem psychiatrischen Krankenhaus ein Pflichtaufnahmegerbiet zugeordnet werden, dessen Größe bei 150.000 bis 350.000, in der Regel jedoch bei 250.000 Einwohnern liegt (Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Das psychiatrische Krankenhaus sollte so gelegen sein, daß es von der Bevölkerung im Aufnahmegebiet in einer Fahrzeit von 15 bis 30 Minuten erreicht werden kann. Manche Autoren halten einen Standort im Stadtzentrum für geeignet. Da aber psychiatrische Krankenhäuser selten so kompakt gebaut werden können, wie Allgemeinkrankenhäuser und der Bauplatz in den Ballungsgebieten knapp ist, wird meist ein verkehrsgünstig gut erschlossener Standort im Stadtrandgebiet bevorzugt (GELLER 58, SIVADON 168, WINKLER 192).

Für SIVADON (168) ist das psychiatrische Krankenhaus eine Miniaturwelt, in der der Patient ermutigt werden soll, in geschützter Umgebung sein Verhalten zu reorganisieren und er lehnt deshalb eine Lage im Stadtzentrum ab.

Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin: Auf jeden Fall sollte bei der Standortbestimmung des psychiatrischen Krankenhauses die geographische und organisatorische Verbindung zu einem Allgemeinkrankenhaus berücksichtigt werden. Folgende Integrationsformen von Psychiatrie und Allgemeinmedizin sind denkbar:

- räumliche und organisatorische Verknüpfung eines Allgemeinkrankenhauses mit einem psychiatrischen Krankenhaus,
- ein psychiatrisches Krankenhaus errichtet auf seinem Gelände allgemeinmedizinische Abteilungen im Sinne eines integrierten Nervenkrankenhauses,
- psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus.

Aus der Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin werden folgende Vorteile erwartet:

- Verminderung der Diskriminierung psychisch Kranker,
- im Akutbereich der Psychiatrie müssen heute die gleichen Anforderungen an Diagnostik und Therapie gestellt werden wie im Allgemeinkrankenhaus, bedingt vor allem durch die Zunahme der Sucht- und Alterskranken;
- umgekehrt ziehen die medizinischen Abteilungen, vor allem

die innere Medizin und die Gynäkologie Vorteil aus einer regen psychiatrischen Konsiliartätigkeit.

(GELLER 58, WINKLER 190, 192, 193, Arbeitsgem. d. Bayer. Bezirkstagspräsidenten 6)

Andere Probleme der Integration ergeben sich für die Universitätspsychiatrie. In den letzten Jahren hat sich die Neurologie zunehmend verselbständigt, so daß nun auf die Gefahr einer Desintegration von Neurologie und Psychiatrie hingewiesen wird. Für die Aus- und Weiterbildung ist die enge Zusammenarbeit beider Fachbereiche jedoch dringend erforderlich. Deshalb empfiehlt HIPPIUS (81) die psychiatrische Klinik und alle Kliniken und Institute des nervenheilkundlichen Fachgebietes an der gleichen Universität in einem klinischen Zentrum ("Nervenzentrum") zusammenzufassen.

b. Größe

Die Größe eines psychiatrischen Krankenhauses hängt von der Bevölkerungszahl im Versorgungsgebiet und von der Zahl und Qualität der Vor- und Nachsorgeeinrichtungen ab. Außerdem sind ökonomische, klinische und soziale Gesichtspunkte in die Planung miteinzubeziehen.

Ökonomische Gesichtspunkte: Die soziotherapeutischen Einrichtungen wie Sozialzentrum, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie eine umfassende Diagnostik (EEG, EKG, EMG, Radiologie mit Computertomographie und Zentrallabor) können aus Kostengründen nur in Krankenhäusern einer bestimmten Größe bereitgestellt werden. Schließlich arbeiten die Anlagen zur technischen Ver- und Entsorgung mit zunehmender Größe der Klinik wirtschaftlicher (WINKLER 190, 192).

Andererseits soll ab einer Größe von über 400 Betten der Verwaltungsapparat unverhältnismäßig stark anwachsen, so daß die Kosten ab 400 Betten überproportional ansteigen und bei

800 Betten sehr ungünstige Werte erreichen (KISKER 103, SIVADON 168). Die Ursachen für diesen überraschenden Kostenanstieg vermutet die WHO in der Unzweckmäßigkeit großer Gebäude und in der wachsenden Anonymität komplexer Krankenhausbetriebe, wo es durch Materialverschwendung und fehlende Verantwortlichkeit zu unnötigen Ausgaben kommt (VIEFHUES 182).

So liegt vom Standpunkt der Rentabilität die optimale Größe eines psychiatrischen Krankenhauses bei 250 bis 400 Betten und sollte 600 Betten nicht überschreiten (KISKER 103, Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Klinische Gesichtspunkte: Die Aufgliederung des Patientengutes nach verschiedenen klinischen Gesichtspunkten kann die Effektivität bestimmter therapeutischer Programme fördern, setzt aber eine genügend große Bettenzahl voraus. Auf der anderen Seite läßt sich in kleineren Krankenhäusern eine für die Behandlung ungünstige institutionelle Atmosphäre eher vermeiden; die Individualität des Patienten kann mehr berücksichtigt werden (SIVADON 168, WINKLER 192, Bericht ü.d. Lage d. Psychiat. 16).

Soziale Gesichtspunkte: Von SIVADON (168) wird diskutiert, daß bei der Planung der Größe eines psychiatrischen Krankenhauses auch soziale Gesichtspunkte berücksichtigt werden sollen. Danach sollen die Angestellten und Patienten zusammen ein soziales Feld bilden, in dem die Gesamtheit auf den Einzelnen zurückwirkt. Authentische Beziehungen in einer solchen Gruppe entstehen dann, wenn alle Informationen persönlich übermittelt werden können, ohne Einschaltung geschriebener oder mechanischer Mittel. Dies wird unmöglich, wenn Patienten und Personal zusammen eine Gruppe bilden, die die Größe von 500 übersteigt. Daher soll die obere Grenze der Bettenzahl bei 300 liegen.

Ähnliche Überlegungen hat KIRKBRIDE schon um 1850 angestellt. Seiner Meinung nach soll ein psychiatrisches Krankenhaus so groß sein, daß der Direktor jeden Patienten persönlich kennt. Dabei hält er 250 Patienten für die oberste Grenze (zit. n. GOSHEN 64, The Kirkbride Plan 202).

In der Bundesrepublik Deutschland sind heute fast 90 % aller psychiatrischen Betten in Kliniken mit mehr als 500 Betten untergebracht und über zwei Drittel aller psychiatrischen Betten befinden sich in psychiatrischen Krankenhäusern mit mehr als 1000 Betten (Bericht ü.d. Lage der Psychiatrie 16). Schon 1952 empfahl die WHO, keine psychiatrischen Krankenhäuser mit mehr als 1000 Betten zu bauen (VIEFHUES 182). Heute hält man 600 Betten für die oberste Grenze (WINKLER 192, Arbeitsgemeinschaft d. Bayer. Bezirktagspräsidenten 6, Bericht ü.d. Lage d. Psychiatrie 16). Bei 250 bis 400 Betten dürfte nach übereinstimmender Ansicht vieler Fachleute die therapeutisch günstigste Größe für ein psychiatrisches Krankenhaus liegen. Der größte ökonomische Nutzeffekt soll ebenfalls bei 400 Betten liegen (HILLMANN 80, KISKER 103, SIVADON 168).

Während die meisten psychiatrischen Krankenhäuser die empfohlene Bettenzahl weit übersteigen, ist ein Großteil der psychiatrischen Universitätskliniken mit einem Durchschnitt von 152 Betten zu klein (Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16). Um die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die wichtigsten psychiatrischen Krankheiten im Rahmen der Aus- und Weiterbildung differenzieren zu können, hält HIPPIUS (81) eine Größe von 200 bis 240 Betten für erforderlich.

3. Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten

Für eine bedarfsgerechte Planung psychiatrischer Einrichtungen ist die frühzeitige Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten eine wesentliche Voraussetzung (GRIFFIN et al. 70). Dabei soll der Psychiater nicht nur die Funktionen des Krankenhauses genau beschreiben, sondern auch Angaben über den Raumbedarf und die Zuordnung der Funktionsbereiche und Raumgruppen zueinander machen können. Die Erforschung therapeutisch optimaler Baustrukturen ist deshalb zu einem neuen Arbeitsfeld geworden (SMITH 171).

1953 wurde unter der Schirmherrschaft des American Institute for Architecture und der American Psychiatric Association das Architectural Study Project ins Leben gerufen. Ziel dieser Studiengruppe war es, gute Prinzipien des Designs für psychiatrische Krankenhäuser zu entwerfen und eine ständige Kommunikation zwischen Architekten und Psychiatern zu entwickeln. In der Schrift "Psychiatric Architecture", herausgegeben von GOSHEN (63), ist eine Reihe psychiatrischer Krankenhäuser beschrieben, die nach den Empfehlungen dieser Kommission und unter enger Zusammenarbeit zwischen den betreffenden Psychiatern und Architekten gebaut wurden und eine für die damalige Zeit fortschrittliche Konzeption aufwiesen.

Am Ende der Schrift findet sich ein Glossar von Fachausdrücken aus Psychiatrie und Architektur, mit dessen Hilfe die Kommunikationsbarriere zwischen beiden Fachbereichen abgebaut werden soll.

Die Verabschiedung des "Community-Mental-Health-Center-Act" 1963 führte in den USA zu einer Welle verstärkter Bautätigkeit. 1965 fand an der Rice-University in Houston/Texas ein interessanter Versuch statt, die Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten zu verbessern. Sechs Teams aus Psychiatern und Architekten hatten die Aufgabe,

einen Plan für ein Community-Mental-Health-Center zu entwerden. Kommunikationsbarrieren zwischen beiden Fachbereichen stellten auch hier die erste Schwierigkeit dar (FOLEY 49).

Aus Großbritannien kommt die Schrift "Psychiatry and Architecture -Brief for an Architect", herausgegeben von SEAGER (165). Ziel der Arbeit ist es, den Informationsfluß zwischen Psychiatern und Architekten zu verbessern. Als Diskussionsbasis dienen detaillierte Vorstellungen der Psychiater über die räumliche Struktur und die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus.

In der Bundesrepublik Deutschland finden sich ebenfalls Ansätze einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten. Als Beispiel kann das Sport- und Sozialzentrum des Westfälischen Krankenhauses in Gütersloh gelten. Hier ist von Anfang an der Gedankenaustausch zwischen der Klinikleitung und dem planenden Architekten im Vordergrund gestanden und hat wesentlich zu der weithin beachteten Konzeption des Bauwerks beigetragen (WINKLER 191). Auch bei der Planung des neuen psychiatrischen Krankenhauses in Ingolstadt sind Psychiater und Architekten an einem Tisch gesessen (SCHULZ 163, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176). Nur so können die Vorstellungen der Psychiater unmittelbar bei der baulichen Gestaltung berücksichtigt werden.

Mit dem Problem des Informationsaustausches zwischen Psychiatern und Architekten hat sich eingehend die Oberste Baubehörde des bayerischen Innenministeriums befaßt. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, mittels einer Analyse der Pflegeeinheit psychiatrischer Stationen die Lücke zwischen der medizinisch psychiatrischen Aufgabenstellung und der Bauplanung zu schließen (Oberste Baubehörde 137).

4. Makrostruktur und Funktionsbereiche psychiatrischer Krankenhäuser

Ein neues psychiatrisches Krankenhaus soll so gegliedert sein, daß es alle Kategorien von psychisch Kranken in den dafür erforderlichen Abteilungen und Sondereinrichtungen versorgen kann. Für folgende Versorgungsbereiche wird eine Selbständigkeit angestrebt:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Gerontopsychiatrie,
- Suchtkranke,
- psychisch kranke Straftäter

Neurologische Abteilungen von mindestens 40 bis 60 Betten können das psychiatrische Krankenhaus ergänzen. Intensivstationen und psychotherapeutische Abteilungen sind ebenfalls wünschenswert (Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16).

Neben einer Unterteilung in Funktionsabteilungen gliedern sich neue psychiatrische Krankenhäuser zunehmend in einen Zentral- und einen Pflegebereich (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176). Im Zentralbereich des psychiatrischen Krankenhauses finden sich die Einrichtungen, die von den Patienten aller Stationen, aber auch von teilstationären und ambulanten Patienten genutzt werden. So dient der Zentralbereich eines psychiatrischen Krankenhauses nicht nur als Diagnose- und Therapiezentrum, sondern beherbergt auch die Abteilungen für die zentrale Arbeits- und Beschäftigungstherapie, das Sozialzentrum, sowie die Tagesklinik und die Ambulanz. Wenn die Abteilungen des Zentralbereichs direkt von der Eingangshalle aus zugänglich sind, müssen die ambulanten und teilstationären Patienten keine langen Wege durch das Krankenhaus und insbesondere durch den Pflegebereich zurücklegen (KISKER 103, HEINLE et al. 77, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176).

Damit zeichnet sich im psychiatrischen Krankenhaus eine Entwicklung ab, die im Allgemeinkrankenhaus in den fünfziger und frühen sechziger Jahren eingesetzt hat. Die Entwicklung moderner therapeutischer und diagnostischer Einrichtungen machte es unmöglich, jeder Station einen entsprechenden Untersuchungs- und Behandlungsbereich zuzuordnen. Außerdem wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die räumliche Trennung der einzelnen Abteilungen erschwert. Die Entflechtung von Pflege, Versorgung, Behandlung und Untersuchung war deshalb eine wichtige Errungenschaft dieser Zeit. Die diagnostischen und therapeutischen Abteilungen wurden in einem eigenen Baukörper zusammengefaßt, der in der Regel dem eigentlichen Bettenhaus vorgelagert war. Im Grundriß entstand so meist die typische H-Form oder der Breitfuß, die das Bild des Allgemeinkrankenhauses dieser Zeit bestimmten (DEILMANN 35, EICHHORN-RAAB 45, MÜLLER 130, MURKEN 132, NOVOTNY 135, 136, RAUH 151, 152, SCHOBERTH 160).

Neuerdings wird auch empfohlen, die Baukörper des psychiatrischen Krankenhauses nach ihrem Öffentlichkeitsgrad anzuordnen. Die Wirtschaftsgebäude sollen deshalb verkehrsgünstig an einer Auffahrt liegen. Der Zentralbereich ist für die Besucher und ambulante Patienten zugänglich, während der Pflegebereich in erster Linie den Patienten vorbehalten ist (ANDERSON et al. 4, HEINLE et al. 77).

5. Die Architektur psychiatrischer Krankenhäuser: Bautypen und Konstruktionsformen

Neuere Planungen für psychiatrische Krankenhäuser zeigen in der Regel einen differenzierten und vielseitig strukturierten Grundriß bei doch kompakter Gesamtanordnung. Sie können somit als der Versuch einer Synthese zwischen Pavillonstil und Blocksystem betrachtet werden.

Die Entwicklung neuer Pflegeformen und die Beachtung der Milieugestaltung schlägt sich in der äußeren Erscheinungsform des psychiatrischen Krankenhauses nieder. Eine aufgelockerte Bauweise erhöht den Anteil an natürlich belüfteten Räumen mit Zugang zum Tageslicht. Die Bettenhäuser mit in der Regel 2 bis 4 Stockwerken sind so angeordnet, daß die Gesamtanlage mehr eine städtebauliche Konzeption aufweist, im Gegensatz zum Dorfcharakter der alten psychiatrischen Anstalten im Pavillonstil (KALBERER et al. 100, NOVOTNY 135, 136, SEAGER 165, OBERSTE BAUBEHÖRDE 137).

Bei der Planung eines in die Allgemeinmedizin integrierten psychiatrischen Krankenhauses ist zu berücksichtigen, daß der psychiatrische Patient nicht bettlägrig ist und einen weitaus größeren Raumbedarf hat als der somatisch Kranke. Deshalb läßt sich eine moderne Psychiatrie nur schwierig im Standardpflegegeschoß des somatischen Krankenhauses betreiben.

Eine Gegenüberstellung der durchschnittlichen Raumbedarfes somatischer und psychiatrischer Krankenhäuser zeigt Tabelle 2. Daraus ist ersichtlich, daß die Tagesräume in der Psychiatrie mit durchschnittlich 4,65 qum/Bett um mehr als das dreifache größer sind als im Allgemeinkrankenhaus mit 1,28 qum/Bett. Insgesamt liegt der Flächenbedarf für psychiatrische Stationen um 20 % über dem Wert für somatische Stationen (Oberste Baubehörde 137).

Die Umweltwahrnehmung des psychisch Kranken leidet unter Verzerrungen. Besonders die Schwierigkeiten mancher Patienten sich räumlich und zeitlich zu orientieren, können architektonisch erleichtert werden, wenn wiederkehrende, gleichartige Flure, Höfe und Fassaden vermieden werden. Die bauliche Gestaltung soll auch dem halluzinierenden psychotischen Patienten eine eindeutige Zuordnung von Personen und

	Psychiatrisches Krankenhaus	Somatisches Krankenhaus
	1975	1975
Bettenräume	11,39	10,10
Tagesräume	4,65	1,28
Untersuchungs- und Behandlungsräume	2,20	1,61
Räume für die Lehre	0,00	0,30
Besucher	0,73	----
Sanitärräume	2,46	5,08
Funktions- und Betriebsräume	4,32	3,91
	25,32	22,28

Tabelle 2: Durchschnittlicher Nutzflächenaufwand in qm/Bett
in psychiatrischen und somatischen Krankenhäusern
(aus Oberste Baubehörde 137)

Sachen zur Umgebung zulassen. Wuchtige bauliche Strukturen, wie hohe Eingangshallen mit breiten Treppenfluchten, in denen sich der Mensch klein vorkommt, erzeugen beim psychisch Kranken Unsicherheit und Spannung. Andererseits kann gerade im Eingangsbereich eines psychiatrischen Krankenhauses durch geschickte räumliche Gestaltung ein Beitrag geleistet werden, die Kommunikationsblockade zwischen Krankenhaus und Umwelt zu überbrücken (DEILMANN 35, OSMOND 139, SIVADON 168, STEIN-BÜCHEL-RHEINWALL et al. 176).

Ein Krankenhaus ist nach seiner Fertigstellung oft schon wieder teilweise veraltet und wird im Laufe seines Bestehens etwa einmal pro Jahrzehnt umgebaut. Deshalb wird eine hohe Flexibilität der Bauweise gefordert. Dieser Entwicklung trägt ein in Kanada an der Mc Masters Universität entwickeltes Konstruktionssystem Rechnung, das den Baukörper in zwei Teile unterteilt. Das primäre System umfaßt alle jene Elemente, die bei späteren Umbauten unverändert bleiben, wie das Tragwerk, das Luftführungssystem, das Rohr- und das elektrische System. Das sekundäre System enthält die Elemente, die bei einem Umbau angepaßt oder weggelassen werden müssen (ZEIDLER 195).

Neben diesem kostenaufwendigen Bauprinzip kann die Flexibilität eines Krankenhauses durch neutrale Nutzungszonen erhöht werden. Die so bezeichneten Räume können ohne wesentliche Umbauten an die wechselnden Anforderungen des Gesundheitswesens angepaßt werden (WISCHER 194).

IV. BESONDERE ORGANISATIONSFORMEN STATIONÄRER PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN

Mit der Entwicklung der Gemeindepsychiatrie haben sich nach dem 2. Weltkrieg neben dem psychiatrischen Krankenhaus mit der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus und den Community Mental Health Centern neue Formen der psychiatrischen Krankenversorgung entwickelt. Bis jedoch genügend neue psychiatrische Einrichtungen für die gesamte Bevölkerung aufgebaut werden können, müssen die alten psychiatrischen Landes- und Bezirkskrankenhäuser nach den entsprechenden Renovierungs- und Umbauarbeiten noch einen wesentlichen Teil der psychisch Kranken versorgen.

1. Das psychiatrische Landes- und Bezirkskrankenhaus

Auch wenn das große psychiatrische Landeskrankenhaus in Zukunft von mehreren gemeindenahen Einrichtungen ersetzt werden soll, wird es doch mit Sicherheit noch geraume Zeit einen Großteil der Versorgung psychisch Kranker tragen müssen. Eine Strukturänderung des psychiatrischen Landeskrankenhauses ist aber unumgänglich. Im Zwischenbericht der Sachverständigenkommission (198) wird als erste Sofortmaßnahme die Beseitigung menschenunwürdiger Verhältnisse gefordert, d.h. Ersatz baulich unzumutbarer Substanz, umfangreiche Renovierungsarbeiten und Gewährung eines Grundstandarts allgemeiner Lebensbedingungen.

Entflechtung und Auflockerung sind weithin praktizierte Maßnahmen der Strukturverbesserung psychiatrischer Landeskrankenhäuser. Die Gliederung des Krankenhauses in Funktionsabteilungen sieht Bereiche für klinische Therapie sowie Spezialabteilungen für gesonderte Patientengruppen vor. Die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten (6) hat errechnet, daß ein Großteil der Sucht- und Alterskranken sowie der Oligophrenen und psychisch auffäl-

fälligen Rechtsbrecher vorteilhaft außerhalb der Bezirkskrankenhäuser behandelt werden kann. Allein durch die Ausgliederung dieser Krankheitsgruppen ließe sich der Bettenbestand in den Bezirkskrankenhäusern um etwa 25 % senken. Auf diese Weise könnte die Größe der psychiatrischen Landeskrankenhäuser allmählich reduziert werden. Der einzelne Patient hat dann ein größeres Raumangebot zur Verfügung, was den Einsatz moderner soziotherapeutischer Mittel erst möglich macht. Wenn ein psychiatrisches Landeskrankenhaus zugleich teilstationäre und ambulante Einrichtungen, eine Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie ein Sozialzentrum aufbaut, kann es bei günstiger Lage zu seinem Aufnahmegebiet zu einem psychiatrischen Gemeindezentrum im Sinne der Sachverständigenkommission werden (16) (HARLFINGER 74, KISKER 103, MCATEE et al. 120, MÜLLER et al. 128, PANSE 143, SCHULTE et al. 162, WINKLER 192, 193, ZERSSEN et al. 196).

2. Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus

So wie es für den körperlich Kranken selbstverständlich ist, vom nächstgelegenen Krankenhaus der Akutversorgung aufgenommen zu werden, soll der größte Teil der psychiatrischen Patienten ebenfalls vom Allgemeinkrankenhaus mitversorgt werden. Deshalb wird in den Empfehlungen der Sachverständigenkommission (16) die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen dem Bau psychiatrischer Krankenhäuser vorgezogen.

In den USA und Großbritannien wurden nach dem 2. Weltkrieg die ersten psychiatrischen Abteilungen gebaut. Schon 1958 konnten in den psychiatrischen Abteilungen der USA mit 300.000 Aufnahmen mehr Patienten versorgt werden, als in den psychiatrischen Krankenhäusern, so daß LEBENSOHN (110) 1963 schrieb: "The time is not far off when any new hospital designed without a psychiatric unit will be considered obsolete". Auch in Großbritannien soll die gesamte statio-

näre Versorgung psychisch Kranker auf psychiatrische Abteilungen verlegt werden (DHSS 37).

a. Beurteilung der psychiatrischen Abteilung

Psychiatrische Abteilungen ermöglichen eine gemeindenähe stationäre Versorgung und fördern die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin. Durch ihre überschaubare Größe läßt sich dort eine institutionelle Atmosphäre eher vermeiden als in psychiatrischen Großkrankenhäusern. Die Psychiatrie und die somatische Medizin ziehen Nutzen aus den wechselseitigen therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten. Vorurteile der Bevölkerung finden an einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus eventuell weniger Nahrung, als an isolierten Landeskrankenhäusern (BLAIN 20).

Die Schaffung psychiatrischer Abteilungen bringt auch Probleme mit sich, die jedoch durch ein regionales Versorgungssystem und geeignete Baumaßnahmen aufgefangen werden können. An erster Stelle steht das Problem der "Zweiklassenpsychiatrie". Man befürchtet, daß die kleine psychiatrische Abteilung nur die akuten Fälle mit guten therapeutischen Aussichten übernimmt, während die chronischen Fälle an das psychiatrische Krankenhaus abgeschoben werden.

Durch eine enge Zusammenarbeit und Koordination zwischen beiden Einrichtungen läßt sich dieses Problem lösen. Es kann z.B. der Versuch unternommen werden, den gleichen psychiatrischen Teams die Verantwortung sowohl für die Patienten der psychiatrischen Abteilung als auch des psychiatrischen Krankenhauses zu übertragen, so daß keine Institution auf Kosten der anderen arbeitet (BLAIN 20).

Der Idealfall liegt vor, wenn eine psychiatrische Abteilung die Bevölkerung eines Versorgungsgebietes umfassend betreut. Diese Vorstellung entspricht den englischen Bestrebungen und ist ebenfalls in den Empfehlungen der Sachverständigenkom-

mission enthalten (DHSS 37, Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16). Um die Integration der Psychiatrie in die Allgemeinmedizin auch äußerlich kenntlich zu machen, empfehlen manche Autoren, die psychiatrische Abteilung in einem der Stockwerke des Bettenhauses unterzubringen (LEBENSJOHN 110). Für den psychiatrischen Patienten wird jedoch erfahrungsgemäß mehr Raum benötigt und der Stationsbetrieb muß auf seine besonderen Bedürfnisse abgestellt werden. Von der WHO wird die Befürchtung geäußert, daß die Leitung des Allgemeinkrankenhauses auf die psychiatrische Abteilung direkt oder indirekt Druck ausüben könnte, sich dem gängigen Pflegestil anzupassen. In Entsprechung der somatischen Krankenpflege müßten die Patienten das Bett hüten und würden von den Schwestern wie körperlich Kranke gepflegt werden (BLAIN 20, VIEFHUES 182).

Deshalb sehen die englischen Richtlinien vor, die psychiatrische Abteilung baulich vom Gesamtkomplex abzusetzen. Somit tragen sie dem größeren Platzbedarf und dem spezifischen Stationsbetrieb der psychiatrischen Abteilung Rechnung (DHSS 37).

b. Größe der psychiatrischen Abteilung

Voraussetzung für eine umfassende Versorgung ist eine bestimmte Mindestgröße für die psychiatrische Abteilung. Die Sachverständigenkommission (16) empfiehlt deshalb eine Richtgröße von 200 Betten. In Großbritannien rechnet man mit einer Standardgröße von 120 Betten womit ebenfalls eine vernünftige Einteilung der Patienten nach klinischen Kriterien gewährleistet ist (DHSS 37).

Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß in manchen Ländern, wie z.B. den Niederlanden kleine psychiatrische Abteilungen mit 20 bis 40 Betten gebaut werden, in denen nur die leichteren Fälle behandelt werden. Fachkrankenhäuser mit

hochspezialisierten Einrichtungen übernehmen die Behandlung mittel- und langfristiger Fälle, ohne dabei den Charakter einer "Verwahranstalt" für chronisch Kranke anzunehmen (BUIS 25, GIEL 59, MARLETT 114).

Im übrigen gelten für den Bau einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus die gleichen Grundsätze, wie für den Bau eines psychiatrischen Krankenhauses.

3. Das psychiatrische Gemeindezentrum am Beispiel des Community Mental Health Center (CMHC)

Neben den psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus haben sich in den USA die CMHC als eigenständige und charakteristische Einrichtung zur Versorgung psychisch Kranker entwickelt. Mittelpunkt eines CMHC sind die ambulanten Versorgungseinrichtungen. Die stationäre Abteilung wird meist mehr als Zusatz betrachtet, so daß 20 Betten für 100.000 Einwohner oft schon als ausreichend betrachtet werden (SPIRO 173, TARAIL 179, Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16).

Charakteristisch für die Einstellung zu den stationären Einrichtungen sind die Angaben zum Bau eines CMHC in Kansas. Im ersten Bauabschnitt sollen die ambulanten Dienste errichtet werden, die stationären Einrichtungen erst im dritten (NG 134).

Damit das CMHC seine Rolle als Gemeindezentrum im Sinne des Wortes erfüllen kann, soll es in der Nähe des Geschäftszentrums und der Gemeindemitte liegen. Um eine gute Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin zu erleichtern, wird eine enge Nachbarschaft zu einem Allgemeinkrankenhaus empfohlen (ANDERSON et al. 4, NG 134).

Ein CMHC für 104.000 Einwohner in Brooklin/New York wurde mit folgenden Diensten geplant:

25 Betten für Erwachsene und Jugendliche, sowie 6 Betten für Kinder, ambulante Dienste für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, Tagesklinik für 30 Erwachsene, Nachtklinik für 16 Erwachsene, Bereitschaftsdienst rund um die Uhr, Einrichtungen der Prävention, Dienste der sozialen Rehabilitation, Ausbildung, Forschung; Dienste für Hausbesuche und Beratung, Dienste der Vor- und Nachsorge, klinische Verwaltung (TARAIL 179).

Es gibt seitens der Regierung keine genauen Planungsgrundlagen für den Bau von CMHC, so daß sie, angepaßt an die lokalen Voraussetzungen eine unterschiedliche Struktur aufweisen. In der Zeitschrift HOSPITALS 42 vom Februar 1968 sind achte neue CMHC vorgestellt (200).

V. DIE BAULICHE PLANUNG DES PSYCHIATRISCHEN PFLEGEBEREICHS

Beim Neu- und Umbau psychiatrischer Einrichtungen zeichnen sich in jüngster Zeit gerade für den Pflegebereich neue Entwicklungen ab. Anhand ausgewählter Beispiele und theoretischer Arbeiten aus der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg sind in diesem Abschnitt typische Tendenzen dargelegt.

1. Die psychiatrische Station und ihre Teilraumgruppen

a. Übersicht über die Teilraumgruppen

Der klinische Betrieb sowie die organisatorischen und betriebstechnischen Überlegungen führen zu genau definierten Raumgruppen einer psychiatrischen Station, die auch als Teilraumgruppen bezeichnet werden. Zu den Hauptgruppen gehören in erster Linie die Betten- und Tagesräume. Weitere Raumgruppen sind Untersuchungs- und Behandlungsräume, Funktions- und Betriebsräume sowie Sanitäräume. Je nach Bedarf können noch Räume für die Lehre und Räume für Besucher eingeplant werden. In Tabelle 3 sind die Teilraumgruppen einer psychiatrischen Station und ihre Funktionen zusammengestellt (Oberste Baubehöre 137).

Eine Vorstellung über die Größe der Teilraumgruppen gibt Tabelle 4. Sie zeigt sowohl die Fläche der Teilraumgruppen pro Bett, als auch den prozentualen Anteil der Teilraumgruppen an der Gesamtnutzfläche der Station. Diese Angaben sind der Bestandsaufnahme der Obersten Baubehörde im bayerischen Innenministerium entnommen (137). Unter der Mitarbeit von LUTZENBERGER, SCHMITT und BUCHHEIM wurden hier 84 in- und ausländische psychiatrische Einrichtungen aus der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg analysiert. Auf diese Weise gelang es, vergleichbare Werte für die Größe der Teilraumgruppen und die bauliche Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen her-

Bettenräume	Patientenräume
Tagesräume	Aufenthalt, Unterhaltung, Essen
Untersuchungs- und Behandlungsräume	Arzt, Untersuchung, Behandlung, Sekretariat, Beschäftigungstherapie, Gruppentherapie, Sozialarbeiter, Fürsorger, Psychologe Medizinisches Bad
Räume für die Lehre	Studenten; Personal in Ausbildung
Funktions- und Betriebsräume	Stützpunkt für Schwestern oder Pfleger, Aufenthalt, Vorrat, Vor- und Entsorgung, Verteilerküche, Patientengarderobe, Patientenumkleide, Putzmaterial, Personalgarderobe, WC
Sanitärräume	Sanitärvorzone, Bad, Patienten-WC
Besucher	Besucherraum, Besucher-WC

Tabelle 3: Übersicht über die Teilraumgruppen einer psychiatrischen Pflegeeinheit (Ob. Baubehörde 137).

	<u>qum Nutzfläche pro Bett</u>	<u>%Anteil an der Gesamtnutzfläche</u>
Bettenräume	10,67	45,12
Tagesräume	4,31	17,34
Untersuchungs- und Behandlungsräume	2,57	9,80
Räume für die Lehre	1,06	0,20
Besucher	0,85	2,14
Sanitärräume	2,39	9,96
Funktions- und Betriebsräume	3,66	15,44
Gesamtnutzfläche pro Bett	23,98	100,00

Tabelle 4: Nutzfläche der Teilraumgruppen in qum/Bett und in Prozent. Die Größen sind Durchschnittswerte von 84 in- und ausländischen psychiatrischen Krankenhäusern erbaut n.d. 2. Weltkrieg (Ob. Bau- behörde 137).

auszuarbeiten sowie richtungsgebende Tendenzen der letzten Jahre zu erkennen. Psychiatrische Einrichtungen aus der Zeit nach 1970 lassen eine deutliche Aufwärtsentwicklung in der Gesamtnutzfläche pro Bett erkennen. Dies ist vor allem auf ein Anwachsen der Flächen von Betten- und Tagesräumen zurückzuführen. Die Zunahme der Gesamtnutzfläche pro Bett geht einher mit neuen Entwicklungstendenzen in den Grundrißformen für den psychiatrischen Pflegebereich. Ab 1973 wird eine Zunahme der Sonder- und Mischformen mit differenziertem Grundriß beobachtet, die mit höherem Flächenaufwand geplant werden. Für den Normalpflegebereich neuer psychiatrischer Einrichtungen wird für die Bettenräume eine Fläche von 10,4 bis 10,8 qum/Bett empfohlen, für die Tagesräume 4,4 bis 4,7 qum/Bett (Oberste Baubehörde 137).

b. Stationsgröße

In vielen psychiatrischen Kliniken ist die Patientenzahl pro Station immer noch zu hoch. Auf großen Stationen ist die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen erschwert. Zugleich wird eine unpersönliche Atmosphäre gefördert. Mit wachsender Stationsgröße vermindert sich der Flächenaufwand pro Bett. Aus der Bestandsaufnahme der Obersten Baubehörde (137) ist zu entnehmen, daß vor allem die Fläche pro Bett für die Tagesräume bei einer Stationsgröße über 25 bis 30 Betten deutlich sinkt. Stationen bis zu 30 Betten liegen in der Fläche für die Teilraumgruppen über den Mittelwerten von Tabelle 4. Bei Stationen mit etwa 30 Betten erreichen die Werte den Gesamtdurchschnitt und bei noch größeren Stationen fallen diese Werte unter den Mittelwert ab.

In psychiatrischen Einrichtungen der letzten 25 Jahre befinden sich 88 % der Betten in Stationen mit 21 bis 45 Betten. Bei Planungen ab 1970 werden Stationen mit einer Größe von 20 bis 30 Betten bevorzugt (Oberste Baubehörde 137). Auch in der Literatur werden diese Stationsgrößen als wün-

schenswert angesehen (HILLMANN 80, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16).

Von allen Teilraumgruppen sind für die Patienten in erster Linie die Lage, Größe und Gestaltung der Betten- und Schlafräume wichtig. Die übrigen Teilraumgruppen interessieren mehr unter funktionellen und betriebstechnischen Gesichtspunkten und können in diesem Zusammenhang vernachlässigt werden. Dagegen verdienen die Flure einer Station als Verbindung zwischen Betten- und Tagesraum und als gelegentlicher Aufenthaltsort der Patienten gesonderte Aufmerksamkeit. Diese Betrachtungsweise wird unterstützt durch die Arbeiten der Umweltpsychologen ITTELSON, PROSHANSKY und RIVLIN (87), in denen sich zeigt, daß die Untersuchung von Betten- und Tagesräumen sowie der Flure repräsentativ für den Vergleich verschiedener Stationen ist.

c. Bettenräume

In deutschen psychiatrischen Krankenhäusern stehen in einem Bettenraum durchschnittlich 4,6 Betten. Die Zahl der Betten pro Bettenraum ist abhängig von der Größe des Krankenhauses und beträgt bei Kliniken bis zu 100 Betten durchschnittlich 2,4 Betten/Schlafräum, bei Kliniken über 1000 Betten jedoch 5,1 Betten/Schlafräum. Noch immer finden sich in psychiatrischen Krankenhäusern Krankensäle mit mehr als 10 Betten, teilweise mit mehr als 20 Betten (Bericht ü.d. Lage d. Psych. 16). Dagegen hat sich im Allgemeinkrankenhaus das Zwei- und Dreibettzimmer durchgesetzt (NOVOTNY 135, 136), so daß die Rückständigkeit vieler psychiatrischer Einrichtungen in Ausstattung und Unterbringung deutlich wird.

Anders als im Allgemeinkrankenhaus werden bei der Planung von neuen psychiatrischen Einrichtungen auch Einzel- und Mehrbettzimmer diskutiert und teilweise gegenüber Zwei- und Dreibettzimmern bevorzugt. Durch die lange Verweildauer ent-

wickeln sich zwischen den Patienten oft intensive Beziehungen, die sich in der Therapie sowohl positiv als auch negativ auswirken. In Zwei- und besonders in Dreibettzimmern kann es dadurch leicht zum Ausschluß eines Patienten kommen, so daß viele Autoren auf den Nachteil dieser Zimmergrößen hinweisen (BAKER et al. 8, KISKER 103, OSMOND 139, SIVADON 168). Deshalb werden in Empfehlungen der englischen Regierung Zwei- und Dreibettzimmer abgelehnt und Fünfbettzimmern der Vorzug gegeben (DHSS 37).

In Zimmern mit 5 bis 7 Patienten können sich stabile soziale Beziehungen in der Gruppe ausbilden. In kleineren Patientengruppen dagegen könnte die Abwesenheit eines Patienten leicht zu einer Störung der emotionalen Beziehungen führen (BAKER et al 8, KISKER 103, OSMOND 139, 140, SIVADON 168).

In noch größeren Zimmern wird passives Verhalten durch einen Mangel an Privatsphäre gefördert (ITTELSON et al. 86).

Therapeutisch günstige Zimmergrößen würden demnach bei Fünf- bis Sechsbettzimmern liegen oder auch bei Einzelzimmern, die den Patienten ein hohes Maß an Privatsphäre bieten (BAKER et al. 8).

Für die verschiedenen Formen der Therapie und für Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern ist es von Vorteil, wenn man die Wahl zwischen Zimmern verschiedener Größe hat. Große Flexibilität in der Wahl der Zimmergröße bietet das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn. Durch konsequente Aneinanderreihung von Zimmereinheiten in Einbettzimmertiefe kann die Raumaufteilung stufenlos vom Ein- zum Vierbettzimmer verändert werden (HEINLE, WISCHER 77).

d. Tagesraum

Schon in den Schriften GRIESINGERS (69) findet sich vor über 100 Jahren die Forderung nach ausreichend bemessenen, freundlichen und hellen Tagesräumen. Nach jüngsten Untersuchungen von ITTELSON et al. (87) halten sich die Patien-

ten in günstig gelegenen und freundlich gestalteten Tagesräumen am meisten auf.

Die durchschnittliche Größe eines Tagesraumes beträgt nach Tabelle 4 in einem neueren psychiatrischen Krankenhaus 4,31 qum pro Patient. Bei einer Stationsgröße von 20 Patienten entspricht dies etwa 90 qum. Natürlich erreicht nicht überall der Tagesraum diese Größe. Die Werte können weitaus geringer sein, wenn ein Sozialzentrum besteht, in dem sich die meisten Patienten während des Tages aufhalten können. Dies gilt z.B. für den Musterplan der WHO, wo jedem Patienten 1,85 qum Tagesfläche auf der Station zur Verfügung stehen und dem Standart Psychiatric Departement in Großbritannien mit 2,85 qum pro Patient. Dagegen liegt der Wert für das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn, einer sehr großzügig geplanten Einrichtung, bei 6,13 qum Tagesraum/Patient (Oberste Baubehörde 137).

Entscheidend für die Benutzung des Tagesraumes ist seine Lage in Bezug zu den Bettenräumen und den Flurzonen. Der Tagesraum ist der Ort des Kontakts und der gesellschaftlichen Beziehungen. Da viele psychisch Kranke unter Kontaktstörungen leiden, soll ihnen durch eine enge räumliche Beziehung zwischen Tages- und Bettenraum der Zugang zum Tagesraum so einfach wie möglich gemacht werden.

Als Beispiel mag der Musterplan der WHO dienen (s.S. 123) (BAKER et al. 8). Hier sind die Bettenzimmer direkt um die Tageszone herum angeordnet. Die Patienten müssen nicht erst durch einen langen dunklen Flur zum Tagesraum, sondern betreten ihn direkt von ihren Bettenzimmern aus. Der Patient kann sich leicht in den sozial aktiven Bereich begeben oder sich von dort zurückziehen. Der Tagesraum läßt sich leicht überblicken und gibt ihm ein Gefühl der Sicherheit, so daß Kontakte eher geknüpft werden können.

Wenn sich Patienten gesundheitlich nicht so wohl fühlen, um sich in den Tagesraum zu begeben, sind sie manchmal dankbar,

wenn sie durch die offene Zimmertür am gesellschaftlichen Geschehen zumindest als Zuschauer teilnehmen können (WELTER 183). Dies ist bei der eben beschriebenen Anordnung jederzeit möglich.

e. Flure

Beim Neu- und Umbau psychiatrischer Abteilungen wird man besonders darauf achten, lange monotone Flure zu vermeiden. Deshalb ist es ein entscheidender Vorteil des Musterplans der WHO und anderer, neuerer Planungen, daß die Verbindungsflure auf ein Minimum reduziert sind oder durch geschickte Anordnung von Betten- und Tagesräumen ganz wegfallen (s.S. 123). Denn für psychisch Kranke, die in ihrer Wahrnehmung oft beeinträchtigt sind, stellt der Weg durch einen eintönigen Gang mit akustischen Echos und teils ungünstiger Beleuchtung ein großes Problem dar (IZUMI 91, OSMOND 139, 140, SPIVAK 174). So kann es geschehen, daß Patienten vor dem langen Weg zum Tagesraum zurückschrecken und lieber in ihrem Zimmer bleiben.

Es gibt zahlreiche Überlegungen, wie sich die Flure kürzer und attraktiver gestalten lassen. Besteht z.B. die Möglichkeit, kleine Sitzgruppen auf dem Flur aufzustellen, so wird er von den Patienten gerne als Aufenthaltsort benutzt, vor allem dann, wenn der Tagesraum selbst ungünstig liegt oder ungemütlich ausgestattet ist.

Der Flur kann noch mehr in die Tageszone miteinbezogen werden, wenn ein möglichst breiter Zugang zwischen Flur und Tagesraum geschaffen wird (SCHMITT 159, Oberste Baubehörde 137). Im Neubau des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren sind Tagesraum und Flur nur durch halbhohes Regale und Blumenkästen voneinander getrennt (SCHMITT 159). Diese Anordnung, die man auch in anderen psychiatrischen Krankenhäusern findet, hat eine Reihe von Vorteilen. Über den Tagesraum fällt Licht in den sonst nur künstlich beleuchteten Flur.

Da die räumliche Abgrenzung zum Tagesraum nur angedeutet ist, verliert der Flur den unpersönlichen Charakter eines Verkehrsweges zugunsten eines öffentlichen geselligen Bereichs, der von den Patienten gerne betreten wird. Auf diese Weise gelangen die Patienten unter weniger Widerstand von ihren Zimmern in den Tagesraum. Das Personal kann bei dieser Anordnung den Tagesraum leicht von außen überblicken und der Patient im Tagesraum kann seinerseits am Stationsgeschehen teilnehmen (SCHMITT 159, SMITH 171, WHITEHEAD et al. 184).

Die Flure lassen sich verkürzen, wenn man die Station als Doppelfluranlage plant. Bei den Doppelfluranlagen werden die Stationen von zwei parallel verlaufenden Fluren erschlossen. Zwischen beiden Fluren, im sogenannten Mitteltrakt, liegen meistens die Funktions- und Betriebsräume sowie der Schwesternstützpunkt. Seit 1930 wurde eine große Anzahl von Krankenhäusern in Anlehnung an dieses System gebaut (ROSENFELD 155). Weiterentwicklungen der Doppelfluranlage sind der quadratische und der kreisförmige Grundriß. Die Bettenzimmer umschließen bei dieser Anordnung einen Betriebskern, der den Schwestern als Stützpunkt dient und für den Patienten einen abwechslungsreichen Bewegungsraum darstellt (ROSENFELD 155, MAYER 117).

Ein Vergleich der Wegzeiten des Personals in Stationen mit verschiedenem Grundriß ergab, wie erwartet, die längsten Wegzeiten in Mittelfluranlagen, etwas kürzer waren sie in Doppelfluranlagen und am besten schnitten Stationen mit zirkulärem Grundriß ab. Es zeigte sich, daß die ersparte Wegzeit der Pflege und dem Kontakt zum Patienten wieder zu Gute kam und auch das Personal sich dort am wohlsten fühlte (TRITES et al. 181).

Bei Doppelfluranlagen können die Flure nur künstlich beleuchtet und belüftet werden. Gleiches gilt für den Mitteltrakt, in dem sich oft der Schwesternstützpunkt und die Aufenthaltszone befinden. Durch Abweichungen von der reinen

Doppelfluranlage lassen sich durch den Zugang zu Tageslicht und durch natürliche Belüftung Verbesserungen der Atmosphäre erreichen (EICHHORN-RAAB 45). Z.B. kann den Fluren vom Tagesraum oder von zwischen den Bettenräumen eingeschobenen Aufenthaltsnischen Tageslicht zugeführt werden. Eine andere Möglichkeit sind kleine Innenhöfe, die in den Mitteltrakt eingefügt sind (SCHMITT 159, DHSS 203).

Lange monotone Flure können, wo die Möglichkeit besteht, vorteilhaft durch Nischen unterbrochen werden. Dies ist bei Verbindungsgängen zwischen einzelnen Bauten fast immer möglich. In diesen Nischen lassen sich Sitzcken, Spieltische, Bücherecken, aber auch ein Friseur oder eine Teeküche unterbringen. Sind der Flur und die Nischen vorteilhaft ausgestattet und gut beleuchtet, stellt ein solcher Korridor nicht mehr ein Hindernis, sondern vielmehr einen Anreiz dar, das Zimmer zu verlassen (BECKMANN 12, State mental hospital Glostrup 201).

Beim Umbau eines psychiatrischen Krankenhauses in Kalifornien wurden zuvor lange Verbindungsgänge an verschiedenen Stellen erweitert. So entstanden Alkoven für Gruppentherapie und private Aktivitäten der Patienten. Der Schnittpunkt der Korridore wurde zu einer "Plaza" ausgebaut, den Ort höchster Aktivität im gesamten Krankenhaus mit einer für die Patienten offenen Küche, Snackbar und Schwesternstützpunkt. Aus ursprünglich endlos erscheinenden Tunnels entstand ein die Patienten anziehendes System von öffentlichen und halböffentlichen Bereichen. In freundlich ausgestatteten Nischen mit attraktiven Sitzcken, die um den öffentlichen Kern herum gruppiert wurden, bestand nun Gelegenheit für unterschiedliche soziale Aktivitäten (WHITEHEAD et al. 184).

f. Neue Modelle für den Pflegebereich am Allgemeinkrankenhaus und ihr Bezug zur Psychiatrie

Als Abschluß und Ergänzung dieses Kapitels sollen hier zwei Beispiele für die Planung des Pflegebereichs am Allgemeinkrankenhaus angesprochen werden, die auch für das psychiatrische Krankenhaus interessant sind.

In Großbritannien wird als Alternative zur konventionellen Station in einer Reihe von Krankenhäusern der unterteilte Großraum erprobt. Anders als in den Krankensälen alter Krankenhäuser sind im Großraum durch halbohohe Wände oder Faltdüren private Nischen abgetrennt, wo der Patient ungestört alleine sein kann. Zugleich dient der Großraum auch als Gemeinschaftsraum, so daß Erschließungsflure weitgehend entfallen. Dadurch sind für das Personal die notwendigen Wege kurz und zweckmäßig. Die Station ist übersichtlich und schwerkranke Patienten können leicht beobachtet werden (MAYER 117).

Sowohl der unterteilte Großraum als auch konventionelle Stationen besitzen unbestreitbare Vorteile für sich. Deshalb versuchte MAYER (117, 118) in einem Optimierungsverfahren die Vorteile verschiedener Stationsformen zu kombinieren. Das Ergebnis ist als Raum-in-Raum-System bekannt. Vier Vierbettzimmer begrenzen die Innenzone, die als Gemeinschaftszone und Schwesternstützpunkt dient. Die Trennwände zwischen der Gemeinschaftszone und den Bettenzimmern lassen sich zurückschieben, so daß bettlägrige Patienten am Gemeinschaftsleben teilnehmen und in Sichtkontakt zu den Schwestern stehen können. Andererseits ist es möglich, die Vierbettzimmer durch flexible Trennwände in Einzel- und Zweibettzimmer zu unterteilen. Eine Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten und die Anforderungen, die sich aus der progressiven Pflege und der Gruppenpflege ergeben, ist jederzeit möglich.

2. Der Einfluß der Pflegeintensität auf die räumliche Struktur psychiatrischer Stationen

Ähnlich wie in der somatischen Medizin kann man in der Psychiatrie eine Intensiv-, eine Normal- und eine Leichtpflege unterscheiden. Stationen mit Intensivpflege sind meist durch Wachsäle und entsprechend umfangreiche Untersuchungs- und Funktionsräume für intensive Betreuung gekennzeichnet. In der Normal- und Leichtpflege fehlen Wachsäle zugunsten ausreichend großer Tages- und Gruppenräume (Oberste Baubehörde 137).

In letzter Zeit werden Modelle diskutiert, in denen Patienten der Intensiv-, Normal- und Leichtpflege zusammen auf einer Station betreut werden. Diese Stationsformen haben besonders in Großbritannien Bedeutung gewonnen, wo psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus bestimmte Aufnahme- und Funktionsregionen umfassend versorgen. Auf dieser Basis beruht der Entwurf für ein Standart Psychiatric Departement (s.S. 124) (DHSS 37, 203).

Im zweigeschossigen Bettenhaus des Standart Psychiatric Departement befinden sich zwei Stationen pro Stockwerk. Jede Station mit 30 Betten versorgt jeweils einen Bevölkerungssektor mit 60.000 Einwohnern. Die Patienten sind, abhängig von der Pflegeintensität in Ein- und Fünfbettzimmern untergebracht.

- Hohe Pflegeintensität: Den Patienten, die schwer gestört sind oder maximale Ruhe und Betreuung brauchen, sind die Einzelzimmer vorbehalten. Eine Station besitzt bis zu fünf Einzelzimmer. Sie befinden sich alle in unmittelbarer Nähe des Schwesternstützpunktes.

- Mittlere Pflegeintensität: Patienten, die teilweise noch der Überwachung bedürfen, andererseits jedoch therapeutische Fortschritte machen und ermutigt werden, das Sozialzentrum aufzusuchen, schlafen in Fünfbettzimmern, die ebenfalls noch eine enge Beziehung zum Schwesternstützpunkt aufwei-

sen. Fünfbettzimmer sind leicht zu überwachen. Sie ermöglichen die Entfaltung des einzelnen in der Gruppe und bieten eine ausreichende Privatsphäre für jeden Patienten.

- Minimale Pflegeintensität: Diese Patienten machen tagsüber vollen Gebrauch von den Angeboten des Sozialzentrums. Sie sind ebenfalls in Fünfbettzimmern untergebracht, die jedoch in Schlafnischen unterteilt sind.

Da die Stationen gemischtgeschlechtlich belegt werden, muß jedes Zimmer über die erforderlichen Naßzellen verfügen. Der Tagesraum einer Station mit etwa 85 qm ist unterteilt in Bereiche für ruhige und laute Aktivitäten. Die Fläche ist für 30 Patienten vergleichsweise gering bemessen, da angenommen wird, daß nur etwa 10 % der Patienten untertags auf der Station versorgt werden müssen. Diese Patienten werden in einer für alle Stationen gemeinsamen Tageszone betreut.

Bei dieser Anordnung wird auf einen Wachsaaal verzichtet. Die schwer gestörten Patienten sind in den Einzelzimmern in der Nähe des Schwesternstützpunktes untergebracht. Eine personalintensive Betreuung ist sichergestellt, da alle anderen Patienten tagsüber das Sozialzentrum aufsuchen (SEAGER 165, DHSS 37).

Diese Alternative zum Wachsaaal findet auch in psychiatrischen Kliniken außerhalb Großbritanniens Verbreitung. In der Bundesrepublik Deutschland sind für das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn und für die psychiatrische Klinik in Ingolstadt vergleichbare Konzepte entwickelt worden. Die jeweils 20 Betten zählenden Stationen sind in Bereiche verschiedener Pflegeintensität gegliedert. Der kleinere Bereich mit 8 Betten ist den unruhigen und verwirrten Patienten vorbehalten. Ihm ist ein kleiner Tagesraum zugeordnet, um bei einer eventuellen Schließung dieses Traktes den Patienten weiterhin genügend Bewegungsfreiheit zu gewähren. Der Schwesternstützpunkt liegt bei dieser Art der Unterteilung an der Grenze

zwischen beiden Bereichen. Ein eigener Wachsaaal ist nicht vorgesehen (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, HEINLE et al. 77).

In den USA hat LEBENSOHN (110) in einer psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus eine ähnliche Aufteilung der Station verwirklicht wie in Bonn und Ingolstadt (siehe auch S. 61).

3. Neue Konzepte der Raumplanung im Pflegebereich und den übrigen Funktionsbereichen

Nach OSMOND (139) gehört zu den hervorstechenden Eigenschaften aller psychisch Kranker "a rupture in interpersonal relationship resulting in alienation from community culminating in expulsion or flight". Die Wiederherstellung zwischenmenschlicher Beziehungen gehört somit zu den wesentlichen Aufgaben einer psychiatrischen Behandlung. Dabei gilt die Grundregel, daß die Gruppe, in die der Patient aufgenommen wird, um so kleiner sein soll, je gestörter der Kranke ist. Hat der Patient sein Verhalten in einer Gruppe von 4 bis 8 Patienten stabilisiert, kann er in größeren Gruppen von 10 bis 15, nicht aber in Gruppen über 30 Patienten betreut werden (KISKER 103, SIVADON 168).

Die Verwirklichung dieses therapeutischen Prinzips hängt mit von den räumlichen Bedingungen der Station ab. Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Möglichkeiten dargelegt, diese Überlegung in die Raumplanung einer psychiatrischen Abteilung umzusetzen.

Für die Planung des neuen integrierten psychiatrischen Krankenhauses in Ingolstadt ist eine Unterteilung des Pflegegeschosses in drei Bereiche vorgesehen. Der Primärbereich umfaßt die Bettenräume. Die Patienten bekommen hier ein Gefühl von Privatsphäre. Dorthin können sie sich zurückziehen, ungestört lesen und nachdenken. Einzel- und Doppelzimmer bieten

dafür die besten Voraussetzungen (STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176).

Der Primärbereich wird von dem Sekundärbereich vervollständigt, der integrierter Bestandteil einer Pflegeeinheit für 20 Patienten ist. Der Sekundärbereich umfaßt einen Tagesraum, einen Speiseraum, der auch für die Beschäftigungstherapie geeignet ist, eine Teeküche, einen Gruppentherapieraum, ein Spielzimmer, einen Wäscheraum und einen Dienstraum. In diesen unterschiedlich großen Räumen können die Patienten vielfältige soziale Aktivitäten in kleinen und großen Gruppen entfalten.

Der Sekundärbereich dient als Übergangszone für Patienten, die noch nicht in der Lage sind, den Tertiärbereich aufzusuchen. Der Tertiärbereich wird von den Pflegeeinheiten eines Stockwerkes gemeinsam benutzt und dient als notwendige Ergänzung derselben. Hier sind ein unterteilbarer Raum für Beschäftigungstherapie, ein Musikzimmer, zwei Gruppentherapie Räume und zwei Besucherräume vorgesehen.

Die Angebote der Pflegegeschosse werden durch die zentrale Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und das Sozialzentrum ergänzt. Diese Einrichtungen werden zusätzlich von den ambulanten Patienten, den Patienten der Tagesklinik und der somatischen Abteilungen benutzt.

Wie schon erwähnt (s.S. 57), ist jede Station in zwei Bereiche mit 8 und 12 Betten aufgeteilt. Die Raumgruppe für 8 Patienten besitzt einen eigenen kleinen Tagesraum und ist für die schwerkranken Patienten vorgesehen. Diese Gliederung des Pflegebereichs erlaubt eine nahezu stufenlose Zuordnung des Patienten in den für ihn günstigsten therapeutischen Rahmen.

Eine ähnliche Unterteilung wie in Ingolstadt, nur mit anderen Bezeichnungen, zeigen die Pläne für das psychiatrische Landeskrankenhaus in Bonn (s.S. 125) (HEINLE et al. 77). Dem Primär- und Sekundärbereich entspricht hier die Pflegeeinheit

mit 20 Betten, die sich ebenfalls in Bereiche zu 8 und 12 Betten aufteilen läßt. Wichtige Einrichtungen der Pflegeeinheit sind Räume für Fernsehen, Lesen, Spiele und Gruppentherapie, sowie Aufenthalts- und EBräume. Vier Pflegeeinheiten bilden eine Station mit Beschäftigungstherapie, Konferenzraum und Lesezone sowie Räume für das Personal. Im Zentralbereich befindet sich das Sozialzentrum, das von Einrichtungen der industriellen Arbeits- und Beschäftigungstherapie ergänzt wird.

Auch im Standart Psychiatric Departement Großbritanniens (s.S. 124) ist der Pflegebereich so strukturiert, daß sich der Patient stufenweise in größeren sozialen Gruppen bewähren kann (DHSS 37). In den Einzelzimmern sind nur die schwerkranken Patienten untergebracht, die intensiv betreut werden müssen. Mit zunehmender Genesung stehen den Patienten Fünfbettzimmer zur Verfügung, die vor allem, wenn sie in Schlafnissen unterteilt sind, den psychisch Kranken sowohl etwas Privatsphäre bieten und zugleich den Kontakt in einer kleinen Gruppe ermöglichen. Während des Tages wird der Großteil der Patienten ermutigt, das Sozialzentrum aufzusuchen, wo die verschiedenen Gruppen an Beschäftigungstherapie, Gruppen- und Einzeltherapie, Sport etc. teilnehmen.

Der Musterplan der WHO aus dem Jahre 1959 zeigt bereits eine ähnliche Aufteilung wie das Standart Psychiatric Departement (s.S.123) (BAKER et al. 8). Die 28 Betten großen Stationen sind in zwei Halbstationen zu je 14 Betten unterteilt, in denen die Patienten in Sechsbett- und Einzelzimmern untergebracht sind. Die Sechsbettzimmer sind durch Nischen unterteilt und bieten so den Patienten ausreichend Privatsphäre. Jede Halbstation verfügt über einen zentralen und gut zugänglichen Tagesraum, der Mittelpunkt der sozialen Aktivitäten ist. Zusätzlich können die Patienten das Sozialzentrum auf-

suchen, in dem auch die Einnahme der Mahlzeiten erfolgt.

OSMOND (140) unterscheidet bei der Gestaltung psychiatrischer Stationen drei Ebenen der sozialen Beziehung, nämlich den persönlichen Bereich (Einzelzimmer), die kleine Patientengruppe (Salon oder kleiner Gruppenraum) und eine größere Anzahl von Patienten (Räume für Gruppenaktivitäten im größeren Umfang).

Eine gut gelungene Lösung hat LEBENSOHN (110) in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses in Washington verwirklicht. Drei Einzelzimmer münden in einen kleinen Salon, der gleichzeitig der Durchgang zum Flur ist. Auf dem Weg zu den übrigen Räumen der Station muß der Patient immer diese kleine Aufenthaltszone durchqueren und auf diese Weise erhöht sich die Möglichkeit zu sozialen Beziehungen. Für gezieltere soziale Aktivitäten steht noch ein Tagesraum mit der Möglichkeit zur Beschäftigungstherapie zur Verfügung.

Noch deutlicher ist dieses Prinzip in einem neu erbauten Community Mental Health Center mit 109 Betten in Marshfield, USA sichtbar (s.S. 126) (ANDERSON et al. 4). Die Patienten sind in Einzelzimmern untergebracht, wobei sich je sechs Zimmer um einen Wohnbereich für diese Patienten gruppieren. Die Wohnbereiche selbst öffnen sich dann in den Tagesraum bzw. Flur. Die Stationen sind von den Einrichtungen des Sozialzentrums und der Tagesklinik nur durch Glaswände getrennt. Dadurch ist ein ständiger visueller Kontakt zwischen beiden Bereichen möglich, der jedoch nicht so weit geht, daß er die unmittelbare Privatsphäre der Patienten verletzt. Ziel der Planer war es, durch die bauliche Gestaltung dynamische Beziehungen zwischen den Patienten, dem Personal und der Öffentlichkeit zu ermöglichen und die Patienten zu ermutigen, die Behandlungsräume sowie die Tagesklinik und Beschäftigungstherapie aufzusuchen.

Auf der Basis der Gruppentherapie entstand in Carolina/USA ein psychiatrisches Krankenhaus der übergeordneten Versorgung, das im Dorfstil erbaut wurde und sich vom herkömmlichen Pavillonstil deutlich unterscheidet (MEANS et al. 122). Jede Gruppe umfaßt 12 Patienten. Drei Gruppen bewohnen jeweils ein eigenes Haus, in dem jeder Gruppe Einrichtungen einer häuslichen Umgebung, wie Eß-, Wohn- und Waschräume zur Verfügung stehen. Dem engen sozialen Kontakt in der kleinen Gruppe dienen Wohnbereiche, die von vier Patienten gemeinsam benutzt werden. Dieses Bauprinzip ermöglicht es den Patienten, sich stufenweise in immer größere soziale Gruppen einzugliedern.

4. Die Beziehung zwischen Pflegebereich und Sozialzentrum

Das Sozialzentrum wird in diesem Zusammenhang angesprochen, weil durch seine verschiedenen Einrichtungen das räumliche Angebot der Stationen ergänzt und vervollständigt wird.

Das Sozialzentrum ist in erster Linie Stätte der Begegnung und bietet die Möglichkeit für körperliches Training und das Einüben sozialen Verhaltens in kleinen und großen Gruppen. Man findet neben einem Ladenzentrum mit Cafeteria und Café sowie einem Friseur vor allem Räume, die von verschiedenen Gruppen für sportliche und soziale Aktivitäten genutzt werden können. Hier finden auch Gruppengespräche statt und es trifft sich der Patientenclub. Der in psychiatrischen Krankenhäusern übliche Festsaal trägt hier meist den Charakter einer Mehrzweckhalle, in der Tanzveranstaltungen, Theater- oder Kinovorführungen stattfinden können und die in einigen Fällen als Turn- oder Sporthalle dient. Im Bedarfsfall können die Patienten hier auch die Mahlzeiten einnehmen. Eine Bibliothek und Spielräume (Tischtennis, Billiard, Kegelbahn) ergänzen meist das Angebot.

Ein großer Teil des Sozialzentrums und seiner Außenanlagen

ist für Sport, Gymnastik und Physiotherapie gedacht. Dazu gehört in vielen Fällen auch ein Schwimmbad mit Sauna. Durch dieses vielseitige Angebot soll die Interessenlosigkeit und Einsamkeit vieler psychisch Kranker abgebaut werden. Der Patient hat die Möglichkeit, über verschiedenste Aktivitäten leichter Kontakt zu knüpfen.

Im Baustil gleichen die Sozialzentren den Freizeitzentren, wie sie heute in den Gemeinden gebaut werden. Die eingeschossige Bauweise wird meist bevorzugt, der Grundriß ist reich gegliedert und von Grünflächen und Innenhöfen unterbrochen (KEY 145, SIVADON 168, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, WINKLER 191, MARTIN et al. 116).

In Großbritannien wird das Sozialzentrum nicht als Zusatz, sondern als unentbehrlicher Bestandteil der klinischen Therapie geplant. Es wird hier activities centre genannt und trägt mehr den Charakter eines therapeutischen Zentrums. Deshalb werden Räume für Gruppen- und Verhaltenstherapie und Untersuchung an erster Stelle genannt. Warte-, Behandlungs- und Erholungsraum für die Elektrokraмпftherapie sind hier ebenfalls untergebracht. Der Behandlungsraum für die Elektrokraмпftherapie ist der einzige Raum mit klinischem Charakter. In den Gemeinschaftsräumen können sich die Patienten zu verschiedenen lauten und leisen Aktivitäten treffen. Der zentrale Speisesaal kann auch für Großveranstaltungen verwendet werden. Ihm ist eine Cafeteria angeschlossen. In etwa 12 Räumen findet die Beschäftigungstherapie statt. Für Patientinnen wird als Besonderheit eine Art Lehrwohnung empfohlen, mit Wohnzimmer, Bad, Küche und Schlafzimmer, in denen sie Gewohnheiten und Verhaltensweisen der Haushaltsführung und des täglichen Lebens wieder einüben können.

Die Einrichtungen der activities area werden von den stationären Patienten und den Patienten der Tagesklinik gleichermaßen genutzt (DHSS 37, 203, SEAGER 165).

VI. RAUM- UND MILIEUGESTALTUNG IM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS

Heute kann als Hauptkriterium für die Gestaltung psychiatrischer Stationen eine die Therapie und Pflege des psychisch Kranken unterstützende Umgebung gelten (PANSE 142, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176). Im deutschsprachigen Raum spricht man hier von Milieugestaltung. An anderer Stelle wird hierfür auch der Begriff Atmosphäre verwendet und VIEFHUES (182) schreibt in der Übersetzung des 3. Berichtes des Sachverständigenausschusses der WHO: "Der wichtigste Einzelfaktor für die Wirksamkeit der in einem psychiatrischen Krankenhaus angewandten Behandlung scheint dem Ausschluß in einem unveränderlichen Element zu liegen, das nur als 'Atmosphäre' des Krankenhauses bezeichnet werden kann." Die Atmosphäre einer psychiatrischen Station hängt von der räumlichen Struktur, dem Therapiekonzept und von der Gestaltung der Räumlichkeiten ab.

Schon 1956 untersuchten MASLOW und MINTZ (115) die Wirkung der Umgebung auf Versuchspersonen, die sie in häßlichen und schönen Räumen testeten und die signifikante Unterschiede in den Dimensionen Energie und Wohlbefinden aufwiesen. 1958 förderte das National Institut of Mental Health eine Untersuchungsreihe, in der ermittelt werden sollte, wie sich die Anlage psychiatrischer Stationen auf das Verhalten der Patienten auswirkt (ITTELSON et al. 89). Jedoch erst in jüngster Zeit wurde der Begriff der Milieugestaltung zu einer festen Stufe in der Planung psychiatrischer Krankenhäuser.

1. Faktoren, die die Wohnqualität eines Raumes bestimmen

Die Gestaltung eines Raumes bestimmt das Gefühl, welches man von ihm bekommt. In einem kybernetischen Modell der atmosphärischen Information arbeitet die stoffliche Umwelt als Sender, die Atmosphäre als Nachricht und der Patient als Emp-

fänger. In einem weiteren Verarbeitungsprozeß erzeugt die subjektive Interpretation der Atmosphäre im Patienten ein bestimmtes Gefühl, wie Sicherheit, Angst oder Wohlbefinden (KÜBLER 108).

a. Farbe

Farben haben einen bekannten psychophysiologischen Einfluß auf den menschlichen Organismus. Rot wirkt erregend, steigert den Blutdruck und erhöht die nervöse Spannung, während im Gegensatz dazu die blaue Farbe eine depressive Stimmung vermehrt. Gelb und grün sind biologisch neutral, grün ist geeignet, Spannungen zu reduzieren (BIRREN 18).

Farben können auch das Empfinden von der Größe eines Raumes beeinflussen. So verkleinern rot und gelb die Tiefe eines Raumes, blau vergrößert sie (KLING 104, McLEAN 121). Die Farbgestaltung im Krankenhaus kann vielseitig verwendet werden. Dazu ist jedoch noch weitere Forschung über ihren Einsatz nötig, z.B. um die Frage zu klären, wo im Krankenhaus Farbe aktivieren und wo sie beruhigen soll (MÜLLER 131).

Im allgemeinen werden für das psychiatrische Krankenhaus abgestimmte Pastellfarben bevorzugt, häufig auch ein Grau in verschiedenen Tonabstufungen. Ein Mangel an Farbe kann die Belastung des Patientendaseins im Krankenhaus verstärken. Dagegen lenken sorgfältig ausgesuchte Farben und Muster die Aufmerksamkeit des Patienten ab und können sein Wohlbefinden erhöhen (CHANEY 28, SCHMITT et al. 159).

b. Licht

Die gestalterische Beeinflussung des Raumes mit Licht kann nur zusammen mit der jeweiligen Farbe geschehen. Wo eine punktförmige, schattengebende Lichtquelle eingesetzt wird, können in Verbindung mit der Farbgestaltung Abwechslung und Kontrast erzeugt werden. Jedoch sollte grelles und blendendes

Licht vermieden werden. Lokalisierte Lichtquellen vermitteln eine eher häusliche Atmosphäre, während man durch Überbeleuchtung und indirektes Licht Kontraste vermindern kann. Ein flacher, dimensionsloser Raum ist die Folge (BAKER et al. 8, KLING 104, SIVADON 168, DHSS 37).

Gerade in Räumen, wo die Patienten miteinander in Kontakt treten, sollen die Lichtverhältnisse so sein, daß sie das Aussehen der Personen verbessern. Denn eine attraktive Physiognomie trägt zur sozialen Interaktion bei (IZUMI 91).

Auf die gute Ausleuchtung langer Gänge ist besonders zu achten, um den Patienten eine genaue Lokalisierung des Entgegenkommenden zu erleichtern. Hinzu kommt, daß spiegelnde Flächen, wie Ölsockel, glatte Böden und Fliesen einen in seiner Identität unsicheren Patienten noch mehr verwirren können (IZUMI 91, OSMOND 139, 140).

c. Temperatur

Temperatur und Luftfeuchtigkeit eines Raumes sind wichtige Faktoren des Wohlbefindens. Heute setzen sich im Krankenhaus immer mehr Klimaanlage durch. Dies wäre einerseits zu begrüßen, da dadurch konstante Temperatur und Luftfeuchtigkeit gewährleistet sind. Auf die Dauer lösen jedoch immer geschlossene Fenster ein Gefühl des Unbehagens und des Eingesperrtseins aus. Patienten, die länger im Krankenhaus sind, halten es in diesen dauernd nach außen verschlossenen Räumen nicht aus (HILLMANN 80, KLING 104). In englischen Richtlinien zum Bau psychiatrischer Abteilungen wird deshalb Wert auf natürliche Belüftung gelegt. Da in den Räumen der Station die Luft dreimal in der Stunde gewechselt werden soll, können Klimaanlage unterstützend eingesetzt werden (DHSS 37).

d. Lärm

Gerade der moderne Skelettbau mit durchgehenden Stützen und Deckenplatten verstärkt die Weiterleitung von Schall. Hinzu kommt die aktuelle Lärmbelastung durch den Stationsbetrieb. Halluzinierende Patienten werden durch Echos und fremdartige Gehöreinflüsse, wie sie z.B. in langen Korridoren auftreten, in ihrer Wahrnehmung zusätzlich stark verunsichert (IZUMI 91, OSMOND 139, 140).

Schon bei der Konstruktion ist auf eine sinnreiche Unterbrechung der Schalleitungswege in Beton und Installation zu achten. Schalldämpfender Putz, Deckenplatten und Fußbodenbeläge sowie bei Bedarf schallschluckende Türen und Fenster stellen die gebräuchlichsten Maßnahmen zur Lärmbekämpfung dar. Zusätzlich haben Teppichböden, Tapeten, Vorhänge und gepolsterte Möbel eine schallschluckende Wirkung. Es ist jedoch daran zu denken, daß sowohl ein hoher Geräuschpegel als auch eine unnatürliche Stille die Atmosphäre eines Raumes ungünstig verändern (BAKER et al. 8, DEAN 31, SIVADON 168, WIEDEFELD 185, DHSS 37).

e. Geruch

Geruch ist eine wichtige, oft übersehene Dimension des Raums. Leider überwiegen in Krankenhäusern oft intensive, typische Gerüche, die sowohl durch menschliche Ausdünstungen oder auch durch Reinigungsmittel hervorgerufen werden. Ein gutes Lüftungssystem und genügend Sanitäräume können deshalb die Stationsatmosphäre wesentlich verbessern. In Allgemeinkrankenhäusern herrscht häufig eine sterile, von Desinfektionsmitteln beeinflusste Geruchsqualität vor, die auf psychiatrischen Stationen vermieden werden sollte (KLING 104, OSMOND 139, 140, DHSS 37).

f. Material

Natürliche Materialien, wie Holz, Leder, Glas oder Keramik werden von den Patienten gewöhnlich am besten angenommen. Ein Gefühl von Sicherheit, Komfort und Behaglichkeit ist mit der Verwendung dieser Stoffe verbunden. Modernes Design ist vorwiegend mit der Verwendung von Beton, Stahl oder Kunststoff verbunden und ruft eher eine nüchterne, kühle Atmosphäre hervor. Billig aussehende Materialien sollen genauso wie übermäßiger Komfort vermieden werden (KLING 104, McLEAN 121, OSMOND 139, 140, SIVADON 168).

Auf die gestörte Wahrnehmung des psychisch Kranken ist besonders Rücksicht zu nehmen. Eine Gestaltung, die Zweideutigkeit beinhaltet, sollte deshalb nicht verwendet werden. Z.B. widersprechen sich bei einer Kunststofftür mit Holzdesign der optische und der haptische Aspekt. Dies kann genauso wie eine spiegelnde Glastür die Verwirrung des psychisch Kranken steigern (SPIVAK 174, OSMOND 139, 140, IZUMI 91).

g. Raumstruktur

Eine überschaubare bauliche Struktur erleichtert dem Patienten die räumliche Orientierung und erhöht so sein Gefühl an Sicherheit. Da räumliche Orientierung mit Hilfe rechtwinkliger Koordinaten erfolgt, fällt die Lokalisierung eines Objekts in einem rechteckigen Grundriß leichter als in einem runden. Blinde geben an, daß sie sich in rechtwinkligen Raumsystemen am besten zurechtfinden (IZUMI 91, SIVADON 168).

Der Eindruck von Ruhe und Bewegung in einem Raum wird durch eine geschickte Kombination runder und rechteckiger Elemente hervorgerufen (SIVADON 168).

SIVADON (169) stellt heraus, daß die Orientierung im Raum viel einfacher ist, als die mehr abstrakte Orientierung in

der Zeit. Deshalb sei es notwendig, durch rechteckige Linienführung überschaubare Raumformen zu schaffen, die klein genug sind, daß der Patient sie leicht überblicken kann, jedoch auch groß genug, um sich jederzeit in Sicherheit bringen zu können. SIVADONS Ideen sind am Marcel-Riviere-Institut in La Verrière/Frankreich verwirklicht. Die Anstalt besteht aus 10 Pavillons zu je 30 Betten, ähnlich wie sie im Musterplan der WHO entworfen wurde. Je drei Pavillons umschließen einen Innenhof und schaffen so ein abgegrenztes, überschaubares Territorium, welches dem Patient Sicherheit vermittelt.

Problematisch sind Grundrißstrukturen, die sich an der Dreiecks- oder Sternform orientieren. Im Rehabilitationszentrum für Hirnverletzte in Meidling zweigen von einem dreieckigen Mittelteil, der als Aufenthaltsraum und Treppenhaus dient, mercedessternartig die drei Bettenhäuser ab. Die Bettenhäuser werden durch eine breit angelegte Wendeltreppe im dreieckigen Mitteltrakt erschlossen. Auch wenn die einzelnen Gebäudeteile durch Farben gekennzeichnet sind, ist hier doch gerade für psychisch Gestörte die Orientierung erheblich erschwert (FUNK 57).

h. Semiotik

Zu einer wichtigen Hilfe in der Entschlüsselung der atmosphärischen Information von Form, Material und Raum dürfte die Semiotik oder Zeichensprache werden. Durch sie kann bestimmt werden, welche Objekte und Raumdimensionen im Krankenhaus Vertrautheit oder Angst hervorrufen. Exaktes Wissen über die Raum- und Formsymbolik sowie über die Vertrautheit und Fremdheit von Objekten ist hier notwendig (KÜBLER 108, MÜLLER 131).

Bei der Planung und Gestaltung psychiatrischer Stationen wird auch in nächster Zukunft dem subjektiven Empfinden, der

Erfahrung und dem Einfühlungsvermögen die gleiche Bedeutung zukommen, wie objektiv gesicherten Ergebnissen. Allein das Bewußtsein, daß jeder der oben genannten Faktoren einen Beitrag zur atmosphärischen Gestaltung der Umwelt liefert, kann helfen, grobe Fehler zu vermeiden (HASTINGS 75).

2. Milieugestaltung und die Notwendigkeit von Sicherheitsvorkehrungen

Diesem Thema kommt heute bei weitem nicht mehr die Bedeutung zu, als zu einer Zeit, in der die Hauptaufgabe des psychiatrischen Krankenhauses in der Bewahrung und Bewachung der Patienten bestand und die Therapiemöglichkeiten sehr beschränkt waren.

Die Umwelt eines Krankenhauses funktioniert als Botschaft für den Patienten. Eine Möblierung aus unzerstörbarem Material und vergitterte Fenster melden dem Patienten, was man von ihm erwartet oder denkt (SEAGER 165, SPIVAK 174, DHSS 37). SPIVAK (174) gibt dem Ausdruck, wenn er schreibt:

"Patients often are led to behave as they are expected, or in this case, 'told' by their environment to behave."

Trotzdem wird auch in neueren psychiatrischen Krankenhäusern durch Sehschlitze, Fernsehmonitoren, Jalousien und anderen Einrichtungen dem Personal erlaubt, den Patienten zu überwachen, ohne selbst gesehen zu werden. Ein solches Vorgehen, vor allem wenn es mit dem Patienten nicht besprochen wird, ist geeignet, Angst und Unsicherheit des psychisch Kranken weiter zu erhöhen und kann den Gesundheitsprozeß ernstlich gefährden (SIVADON 168, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176). Jedoch sind auch in einem modernen psychiatrischen Krankenhaus einige Sicherheitsmaßnahmen vor allem wegen der Suizidgefahr zu diskutieren. So sollten die Türen zu Bad und Toilette von außen zu öffnen sein. Sicherheitsglas ist in jedem Fall vorzuziehen. Die Fenster sollten sich so arretieren

lassen, daß sie von den Patienten selbständig nicht geöffnet werden können. Auch wird darauf verwiesen, Schrauben zu sichern, da manche Patienten versuchen, sie mit viel Geduld zu lockern (LEBENSohn 110, SIVADON 168, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176, DHSS 37).

3. Möblierung und Raumausstattung psychiatrischer Stationen

a. Möblierung

Exemplarische Untersuchungen der psychiatrischen Krankenhäuser im Landschaftsverband Rheinland haben ergeben, daß 42 % der Patienten nicht einmal einen eigenen Nachttisch zur Verfügung hatten (Zwischenbericht der Sachverständigenkommission 198). Eine geeignete und ausreichende Möblierung des Pflegebereichs ist Voraussetzung für die Erhaltung der Privatsphäre der Patienten. Die Grundausrüstung für jeden Patienten besteht aus einem Kleiderschrank, einem Nachtkästchen sowie einem eigenen Tisch und Stuhl. Sehr geschätzt als Zeichen der Eigenverantwortlichkeit wird von den Patienten ein verschließbares Fach, in dem sie persönliche Gegenstände und Wertsachen einschließen können (LEBENSohn 110, LEVY 112, SIVADON 168).

In Mehrbettzimmern können entweder mit Hilfe des Mobiliars oder mit mobilen Holzwänden in Form von Regalen kleine private Nischen für die Patienten gebildet werden. Das gleiche gilt für die Unterteilung von großen Tages- und Eßräumen in kleine Raumeinheiten (LEVY 112).

Da die meisten psychisch Kranken nicht bettlägrig sind, ist das Standard-Krankenhausbett aus Metall meist überflüssig und verhindert eine wohnliche Atmosphäre.

Die Möblierung soll nicht luxuriös sein, darf aber auch nicht den billigen Eindruck von Dutzendware machen. Vielmehr soll sie es dem Patienten erleichtern, seinen privaten Be-

reich mitzugestalten, indem er ihn zusätzlich mit Bildern und persönlichen Gegenständen seinem Geschmack anpassen kann (BAKER et al. 8, GOSHEN 64, KISKER 103, LEBENSOHN 110, McLEAN 121, SIVADON 168).

b. Teppichböden

Teppichböden werden seit kurzer Zeit nicht nur in psychiatrischen Krankenhäusern sondern auch in Allgemeinkrankenhäusern erprobt. Die Vorteile sind:

- Schaffung einer wohnlichen Atmosphäre,
- Verminderung des Innenlärms durch Schalldämpfung,
- Verminderung der Unfallgefahr,
- Verminderung der Fußbodenkälte.

Das Hauptargument gegen Teppichböden, nämlich die Gefahr der Keimverschleppung, wurde durch sorgfältige bakteriologische Untersuchungen widerlegt. Teppiche aus synthetischem Material sind keine Nährböden für Keime. Maßnahmen zur Desinfektion wirken nachhaltiger, da sich das Mittel zwischen den Fasern länger hält. Auch bei Rentabilitätsbetrachtungen schneidet der Teppichboden trotz hoher Anschaffungskosten besser ab als herkömmliche Fußbodenbeläge, da die Unterhaltskosten niedriger liegen. Voraussetzung ist jedoch eine gute Qualität. Wenn der Teppichboden schon im Allgemeinkrankenhaus einzieht, gibt es kaum Argumente gegen seinen Einsatz im psychiatrischen Krankenhaus. Der atmosphärische Gewinn ist von unschätzbarem Wert (FORD 50, SCHEFFLER-KRÜTZ-FELD 158, STEUER 177).

IZUMI (91) weist auf einen zusätzlichen Vorteil von Teppichfliesen und gemusterten Teppichen hin. Sie stellen eine Art Raster dar, die den Patienten die Schätzung von Entfernungen erleichtern, so etwa den Abstand zum Gesprächspartner.

c. Tapeten

Für Tapeten gelten ähnliche Argumente wie für Teppichböden. Es gibt noch immer psychiatrische Stationen, in denen die Wände bis zur halben Höhe gefliest sind oder einen Ölsockel tragen, um sie vor Beschmutzungen und Kritzeleien der Patienten zu schützen. Die Umwelt signalisiert den Patienten, was von ihnen erwartet wird und beeinflußt so mit ihr Verhalten. Die Erfahrung zeigt, daß psychisch Kranke in gut ausgestatteter Umgebung mehr Rücksicht nehmen und weniger beschädigen. Es gibt heute Tapeten, die auch mutwilligen Beschädigungen in gewissen Grenzen standhalten und feuersicher sind (GOSHEN 64, KÜBLER, WANDEL 107, McLEAN 112).

d. Vorhänge

Vorhänge können einem Raum eine freundliche Note verleihen. Außerdem wirken sie schalldämpfend. Da es heute feuerfeste Vorhänge gibt, die zugleich waschbar sind, können sie auf den meisten Stationen Verwendung finden (LEVY 112).

e. Wandschmuck und Pflanzen

Bilder und anderer Wandschmuck wie Wandteppiche sind geeignet, der Station einen individuellen Charakter zu geben. Das gleiche gilt für Zimmer- und Containerpflanzen. Jedes Mittel der Gestaltung, das den Milieuwert der Station erhöht und mithilft, Stationen und Zimmer voneinander zu unterscheiden, ist zu begrüßen. Dort, wo sich von der architektonischen Seite eine gewisse Monotonie nicht vermeiden läßt, kann sie durch gestalterische Mittel, insbesondere durch Wandschmuck überwunden werden (McLEAN 121, DHSS 37).

Das Erlebnis der Fremdartigkeit im Krankenhaus läßt sich vermindern, wenn bei der Ausstattung Vorbilder aus dem

häuslichen Milieu verwandt werden. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, daß das psychiatrische Krankenhaus keine Wohnung ist, sondern eher den Charakter einer Pension oder eines College trägt (FRANKE 53, GOSHEN 64).

Bei der Vielzahl der Mittel, eine Station zu gestalten, dürfen diese nicht unabhängig und planlos eingesetzt werden, da sonst Dissonanzen auftreten. Vielmehr muß das gesamte visuelle Erscheinungsbild vom Türschild bis zur Schwesternkleidung in die Planung miteinbezogen werden (SCHMITT 159). Dabei ist an die hohe Sensitivität der psychisch Kranken gegenüber allen Stimuli zu denken. Deshalb soll durch fachmännische Gestaltung eine zusammenhängende und unaufdringliche Umgebung geschaffen werden, die aber trotzdem Kontrast und eine eigene Charakteristik beinhaltet, so daß sie unter normalen Umständen ein Gefühl der Stabilität und des Komforts bereitet (IZUMI 90, 91).

4. Mittel zur Verbesserung der räumliche und zeitlichen Orientierung

Orientierung ist ein psychologisches und physiologisches Bedürfnis des Menschen. Besonders für den psychisch Kranken sind alle Mittel, die ihm die räumliche und zeitliche Orientierung erleichtern, von großer Bedeutung.

Auf die Notwendigkeit, durch eine klare bauliche Linienführung ein Höchstmaß an Übersicht zu geben, wurde schon hingewiesen. Dort, wo die bauliche Gestaltung allein eine genügende räumliche Orientierung nicht ermöglicht, muß sie durch ein Informationssystem ergänzt werden. Schrift, Bild, Pfeil und eingeführte Bildzeichen (Pictogramme) gelten als Grundelemente eines Informationssystems. Diese Elemente müssen nach festen Regeln verknüpft werden, deren Bedeutung jeder leicht erfassen kann, um auf diese Weise die Unsicherheit des Patienten durch gute räumliche Orientierung zu ver-

mindern (HEINLE et al. 76, OSMOND 139, 140).

Neben der räumlichen Orientierung ist die zeitliche Orientierung für den psychisch Kranken wichtig. Uhren und Kalender in reichlicher Ausführung befriedigen dieses Bedürfnis. Daneben halten Zeitungen und Zeitschriften sowie ein Fernsehgerät den Patienten auf dem aktuellen Stand des Zeitgeschehens (BAKER et al. 8, GOSHEN 64, OSMOND 139, 140).

5. Milieugestaltung und Betriebsablauf

Wenn heute die Milieubildung bei der Planung in den Vordergrund rückt, dürfen betriebstechnische Gesichtspunkte nicht vernachlässigt werden. Ein mit seiner Arbeitssituation zufriedenes Personal, das auf einer arbeitsphysiologisch und arbeitspsychologisch gut organisierten Station arbeitet, hat natürlich Rückwirkungen auf die Patienten. Es hat sich gezeigt, daß die Zeit, die durch Verkürzung der Arbeitswege erspart wird, den Patienten zu Gute kommt (TRITES et al. 181). Neben verschiedenen Stationsgrundrissen lassen sich die Arbeitswege auch durch die Außenverlagerung der Sanitärzonen an die Fassade verkürzen. Die außenverlagerte Sanitärzone untergliedert die Fassade und dient zugleich als Sonnenschutz. Der schmale Zugang zum Zimmer, der durch die sonst vorverlagerte Sanitärzone entsteht, entfällt. Dadurch entsteht zugleich eine engere Verbindung zwischen dem Privatbereich des Patienten und der Flurzone (FRANKE 53, RAUH 152).

VII. DER UMWELTPSYCHOLOGISCHE ASPEKT IN DER GESTALTUNG PSYCHIATRISCHER STATIONEN

In den letzten beiden Jahrzehnten entstand innerhalb der Psychologie eine neue Disziplin, die Umweltpsychologie. Sie untersucht das Verhältnis des Menschen zu seiner Umwelt und möchte somit beitragen, die ökologische Krise unserer Zeit zu lösen. Das Problem der künstlichen Umwelt in den Großstädten und die zunehmende Bedrohung menschlichen Lebens durch die Zerstörung der natürlichen Umwelt stehen dabei im Vordergrund. Die Umweltpsychologie versteht sich als interdisziplinäre Wissenschaft, in der Daten aus den Bereichen Psychologie, Soziologie und Anthropologie Eingang finden und Arbeiten von Architekten, Städteplanern, Ökologen und Designern einen wesentlichen Beitrag leisten. Anders als in der traditionellen Psychologie, die sich des Experiments und kontrollierter Untersuchungen im Labor bedient, beobachten die Vertreter der Umweltpsychologie den Menschen in seiner eigenen natürlichen Umwelt. Dabei versteht die Umweltpsychologie das Verhältnis des Menschen zu seiner Umgebung als dynamische Wechselbeziehung, in der der Mensch seine Umwelt verändert und von dieser wiederum beeinflusst wird (ITTELSON et al. 89).

1. Die psychiatrische Station als Forschungsgebiet der Umweltpsychologie

Während eines stationären Aufenthaltes ist die psychiatrische Station eine definierbare Umwelt für den Patienten und bietet sich für experimentelle Forschungen an. Bestimmt ist sie durch die baulichen und organisatorischen Strukturen und durch das Verhalten des Personals und der Mitpatienten. 1958 begann die Gruppe ITTELSON, PROSHANSKY und RIVLIN, gefördert durch Stipendien des National Institute of Mental

Health, zu untersuchen, wie sich die Anlage psychiatrischer Stationen auf das Verhalten der Patienten auswirkt. Aus diesen Arbeiten entsprangen zugleich wichtige Impulse, die zur Entwicklung der Umweltpsychologie als eigenständige Disziplin führten (ITTELSON et al. 89, 147).

So wird heute neben günstigen Bau- und Betriebskosten, einer dauerhaften Konstruktion und einer ästhetischen Erscheinung der umweltpsychologische Aspekt in wachsendem Maße bei der Planung von Gesundheitseinrichtungen berücksichtigt (CHANEY 28).

Die Stationsumwelt kann unter verschiedenen Teilaspekten untersucht werden. MOOS (126) hat Methoden erarbeitet, um das psychosoziale Milieu einer Station zu beurteilen. Die schon erwähnte Gruppe ITTELSON, PROSHANSKY und RIVLIN (148, 149) untersuchte dagegen den Einfluß der baulichen Umwelt auf das soziale Verhalten der Patienten.

2. Methoden zur Untersuchung der Umwelt psychiatrischer Stationen

Mit Hilfe von Interviews und Testbögen läßt sich die Reaktion der Patienten auf verschiedene Umweltsituationen testen. Auf dieser Grundlage hat MOOS (124, 125, 126, 127) eine Reihe von Tests entwickelt, um die psychosozialen Aspekte der Umwelt psychiatrischer Stationen untersuchen zu können. Dazu gehören die Ward Initiative Scale (125) und vor allem die Ward Atmosphere Scale (WAS) (124, 127). Die heute benutzte Form der WAS besteht aus 12 Skalen zu je 10 Fragen, die mit richtig oder falsch beantwortet werden können. Die Skalen sind: Anteilnahme, Unterstützung, Spontaneität, Autonomie, Praxisorientiertheit, persönliche Problemorientiertheit, Ärger und Aggression, Ordnung und Organisation, Klarheit über Behandlung, Kontrolle durch das Personal. 10 zusätzliche Fragen mit extrem positiven oder extrem negativen Inhalt testen die Zuverlässigkeit der Antworten

der Patienten.

Mit der WAS ergeben sich hochsignifikante Unterschiede in der Beurteilung verschiedener Stationen durch die Patienten. Diese Unterschiede hängen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht vom persönlichen Hintergrund der Patienten, wie Alter, Geschlecht oder Länge des Aufenthalts ab (MOOS 124, 127).

Eine völlig anders gestaltete Methode der Umweltpsychologie ist das "behavioral mapping", entwickelt von ITTELSON, RIVLIN und PROSHANSKY (88). Mit dieser Technik soll die Beziehung zwischen dem Verhalten der Patienten und der spezifischen baulichen Umgebung, in der es stattfindet, untersucht werden. Die Art und Häufigkeit der Patientenaktivitäten in den einzelnen Raumgruppen ist damit der wissenschaftlichen Analyse zugänglich. Schließlich läßt sich überprüfen, ob das tatsächliche Verhalten den Erwartungen entspricht, die mit einer bestimmten Art der Gestaltung verbunden sind. In sogenannten Beobachtungskategorien, wie z.B. essen, schlafen, schreiben etc. wird gleichartiges Verhalten registriert und anschließend sogenannten analytischen Kategorien, wie z.B. isoliert passiv, isoliert aktiv, gemischt aktiv oder sozial zugeordnet. Geschulte Beobachter nehmen in festgelegten Zeitabständen (time sampling) das Verhalten der Patienten auf der gesamten Station auf und registrieren es auf vorbereiteten Bögen mit den entsprechenden Ort- und Zeitangaben (ITTELSON et al. 88).

Die Erfahrung zeigt, daß die Anwesenheit der Beobachter keinen wesentlichen Einfluß auf das Verhalten der Patienten hat. Will man jedoch Untersuchungen ohne Wissen der Patienten ausführen, wäre eine Forschungsstation notwendig, wie sie von SIMPSON et al. (167) beschrieben wird. An zentralen Punkten der Station sind Beobachtungskabinen eingerichtet, von denen über Einwegspiegel, Mikrofone und Monitoren das Stationsgeschehen beobachtet werden kann.

In den meisten Fällen genügt der Vergleich der Kategorien "total social", "total activ" und "isolated passiv". Dies gilt vor allem bei der Arbeit mit chronisch kranken Patienten, die im Verlauf der Therapie immer wieder zur Aufnahme zwischenmenschlicher Beziehungen und zu verschiedenen Aktivitäten motiviert werden müssen (ITTELSON et al. 88). Dies zeigt deutlich eine Arbeit von HUNTER (85), der das Verhalten langfristig hospitalisierter Schizophrener auf einer nach kustodialelem Prinzip geführten Station untersuchte. Er konnte zeigen, daß diese Patienten 44 % ihrer Zeit ohne jede Aktivität verbrachten und zusätzlich 11 % der Tageszeit schliefen. Demgegenüber machte die Zeit sozialer Beziehungen nur knappe 3 % aus. Patienten, die während der 240 Beobachtungsperioden wenigstens einmal in eine soziale Beziehung engagiert waren, erschienen auch insgesamt weniger passiv.

3. Der Einfluß der Krankenhausumwelt auf das Patientenverhalten

ITTELSON, PROSHANSKY und RIVLIN (86, 87) unternahmen in drei typischen psychiatrischen Krankenhäusern eine groß angelegte Studie.

In einem staatlichen Krankenhaus beobachteten sie zwei gleich große Stationen. Auf Station A motivierte das Personal die Patienten, das Aussehen der kärglich ausgestatteten Räume zu verbessern, während auf Station B solche Versuche unterblieben.

In einem städtischen Krankenhaus untersuchten sie die psychiatrische Station im Abstand von drei Monaten, nachdem das Solarium der Station neu möbliert wurde.

In beiden Krankenhäusern wurden Patienten der unteren sozialen Schichten behandelt. Die Stationen waren alle dürftig ausgestattet, und die Patienten fanden in den großen Krankensälen kaum eine Privatsphäre vor.

Im Kontrast hierzu stand die psychiatrische Station eines ländlichen privaten Krankenhauses, das vor allem Patienten der Mittelklasse offenstand. Die Untersuchung wurde hier im Abstand von drei Jahren wiederholt, um die Stabilität des Verhaltens über einen so langen Zeitraum zu testen. Alle Krankenhäuser wurden nach den neuesten psychiatrischen Gesichtspunkten betrieben und hatten zum Ziel, die Patienten möglichst schnell in die Gemeinde zurückzuführen.

a. Die Ergebnisse im Einzelnen

Die Wiederholung der Beobachtung im Privatkrankenhaus nach drei Jahren zeigt, daß die Häufigkeit eines bestimmten Verhaltens über längere Zeit konstant ist. Es lassen sich stabile Verhaltensmuster in einzelnen Räumen und Stationen erkennen, die unabhängig von der jeweiligen Zusammensetzung der Patienten zu sein scheinen. Erst unter dieser Voraussetzung ist es möglich, Aussagen zu machen, inwieweit eine Veränderung der baulichen Umwelt auch zu einem veränderten Verhalten der Patienten führt (PROSHANSKY et al. 149, ITTELSON et al. 87).

Ein Vergleich der Verhaltensmuster in den drei Krankenhäusern zeigt deutliche Unterschiede im Verhalten der Patienten, die am klarsten in einer Gegenüberstellung des städtischen Krankenhauses und des privaten Krankenhauses zum Ausdruck kommen (siehe Tabelle 5).

Im städtischen Krankenhaus ist ein Gipfel im isoliert passiven Verhalten auffallend, das fast die Hälfte des Gesamtverhaltens ausmacht. In den öffentlichen Räumen (Tagesraum, Flur) sind die Kategorien soziales Gesamtverhalten (total social), aktives Gesamtverhalten (total activ) und isoliert passives Verhalten (isolated passiv) gleichmäßig verteilt, während in den Bettenzimmern das passive Verhalten überwiegt.

	Total Social	Total Active	Isolated Passive	Total on ward including traffic
Bedrooms				
Private	6.5	5.9	11.6	24.5
City	3.8	3.9	20.2	27.9
State A	1.6	4.4	9.6	16.2
State B	1.3	4.7	21.3	28.2
Public rooms				
Private	17.7	18.7	4.5	44.0
City	16.7	12.4	12.5	44.6
State A	12.4	10.0	8.7	36.4
State B	9.1	13.6	7.7	36.3
Total				
Private	24.2	24.6	16.1	68.5
City	20.5	16.3	32.7	72.5
State A	14.0	14.4	18.3	52.6
State B	10.4	18.3	29.0	64.5

Tabelle 5: Verteilung des Verhaltens der Patienten in den drei Krankenhäusern; angegeben ist der Prozentsatz der Patienten einer Station, die in die betreffende Aktivität engagiert sind.
(ITTELSON et al. 87)

Völlig anders ist die Verteilung des Verhaltens im Privatkrankenhaus. Die Werte für isoliert passives Verhalten liegen hier sehr viel niedriger, zugunsten höherer Werte für aktives und soziales Verhalten. Nur durchschnittlich jeder neunte Patient zeigt in den öffentlichen Räumen des Privatkrankenhauses zu einem bestimmten Zeitpunkt isoliert passives Verhalten. Im Vergleich dazu ist dies im städtischen Krankenhaus bei fast jedem dritten Patienten der Fall, auf den Stationen des staatlichen Krankenhauses bei jedem vierten Patienten.

Das staatliche Krankenhaus zeigt auf Station A, deren Aussehen in Zusammenarbeit von Patienten und Personal laufend verbessert wird, eine sehr gleichmäßige Verteilung des Verhaltens und gleicht in dieser Hinsicht dem Privatkrankenhaus. Lediglich im isoliert passiven Verhalten läßt sich ein Unterschied zwischen beiden Krankenhäusern erkennen. Dieser Wert überragt auf Station A des staatlichen Krankenhauses die anderen Verhaltenskategorien um 25 %, während das isoliert passive Verhalten im Privatkrankenhaus 1/3 unter den Werten für aktives und soziales Verhalten liegt.

Station B des staatlichen Krankenhauses kann in der Verteilung des Verhaltens mit dem städtischen Krankenhaus verglichen werden. Es findet sich hier ebenfalls ein Gipfel im isoliert passiven Verhalten (ITTELSON et al. 87).

In den Bettenzimmern aller untersuchter Stationen herrscht die isoliert passive Verhaltensweise vor. Einzige Ausnahme sind die Einzelzimmer des privaten Krankenhauses, wo isoliert passives Verhalten nur 39 % des Gesamtverhaltens in den Zimmern ausmacht, gegenüber 30 % sozialem Verhalten und 29 % aktivem Verhalten. Mit wachsender Bettenzahl in den Zimmern nehmen die Werte für isoliert passives Verhalten zu, bei gleichzeitiger Abnahme der sozialen und aktiven Verhaltensweisen. So steigt das isoliert passive Verhalten von 56 %

in Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern auf 71 % in Vier- bis Zwölfbettzimmern, in denen zugleich das soziale Verhalten um die Hälfte und das aktive Verhalten um ein Viertel abnimmt.

Die Zahl der Patienten, die man tagsüber im Zimmer antrifft, nimmt natürlich mit wachsender Bettenzahl zu. Dennoch haben die Patienten die Tendenz, Mehrbettzimmer tagsüber wie Einzelzimmer zu benutzen, d.h. in der Regel trifft man erst in Zimmern ab einer Größe von sechs Betten zu einem bestimmten Zeitpunkt mehr als einen Patienten an (ITTELSOON et al. 86, 87). Untersuchungen über das territoriale Verhalten der Patienten auf einer psychiatrischen Station scheinen die These zu bestätigen, daß die Patienten, wie man es schon aus Tierversuchen kennt, ein bestimmtes Territorium für sich in Anspruch nehmen und Territorien anderer respektieren (ESSER et al. 46).

Die Ergebnisse zeigen, daß die Patienten in Einzelzimmern mehr Aktivitäten entfalten. Halten sich mehrere Patienten zugleich in einem Zimmer auf, neigen sie eher zu passivem Verhalten.

b. Veränderte Verhaltensmuster nach dem Umbau eines Solariums

Wie schon angedeutet, wurde nach der ersten Beobachtungsperiode das Solarium des städtischen Krankenhauses umgebaut. Auf Grund seiner ungünstigen Lage und seiner kargen Einrichtung suchten ursprünglich nur wenige Patienten das Solarium auf. Im Laufe der Renovierung wurde die alte Möblierung durch bequeme, attraktive Sitzgruppen ersetzt. Die Anordnung der Sitzelemente lud zur Konversation ein. Nach einer Zeit von zwei Monaten, in der sich die Patienten an die neue Situation gewöhnen konnten, wurde die Untersuchung wiederholt. Wie erwartet, war das Solarium nach der Renovierung bei den

Patienten weitaus beliebter und seine Benutzung stieg um fast das Doppelte. Gleichzeitig nahmen die Aktivitäten im Tagesraum und vor allem im Flur ab.

Obwohl nun mehr Patienten das attraktive Solarium aufsuchten, blieb die Verteilung des Verhaltens im Solarium praktisch unverändert. Das gleiche galt für die gesamte Station, wo die Werte für isoliert passives Verhalten sogar identisch geblieben sind (ITTELSON et al. 87).

c. Die Untersuchungen von HOLAHAN

Die Ergebnisse, die sich aus dem Umbau des Solariums ergeben, lassen die Frage offen, ob die Neugestaltung einer ganzen Station zu einer signifikanten Änderung in der Verteilung des Patientenverhaltens führt. HOLAHAN (84) konnte zwei identische Aufnahmestationen am selben psychiatrischen Krankenhaus untersuchen, von denen die eine vollkommen renoviert und mit attraktiver Möblierung versehen wurde. Außerdem wurde ein zweiter Tagesraum für Fernsehen und Spiele eingerichtet. In den großen Schlafsälen konnte durch Raumteiler Nischen geschaffen werden.

Zur Registrierung des Verhaltens der Patienten benutzte HOLAHAN eine ähnliche mapping-Methode, wie ITTELSON et al. Außerdem wurden die Patienten nach Abschluß der Beobachtungsperiode hinsichtlich ihrer Einstellung zur baulichen Umwelt und sozialen Atmosphäre der Station interviewt.

Die Umgestaltung und Renovierung der Station schlug sich deutlich im Verhalten der Patienten nieder. Das soziale Verhalten der Patienten nahm in allen Räumen der umgebauten Station zu, vornehmlich im Speiseraum und auf den Fluren. Parallel dazu sank das isoliert passive Verhalten um annähernd die Hälfte.

Die größere Privatsphäre in den nun unterteilten Schlafräumen führte dort zu einer Verminderung des passiven Verhaltens der Patienten.

Die Patienten der renovierten Station zeigten eine positivere Haltung gegenüber der Stationsumwelt. Die größten Unterschiede in der Beurteilung der Stationen wurden in den Subskalen "Stimulating" und "Attractive" gefunden. In der renovierten Station zeigte sich eine positive Korrelation zwischen dem aktiven Verhalten der Patienten und ihrer positiven Einstellung zur Station. Die Patienten begrüßten die neue Privatsphäre, die durch die Unterteilung der Schlafsäle geschaffen wurde, während die Patienten der alten Station den vollkommenen Mangel an Privatsphäre beklagten. Das häßliche Aussehen der Vergleichsstation schien die Gefühle von Depression und Lethargie zu verstärken (HOLAHAN 84).

In einer früheren Arbeit untersuchte HOLAHAN (83) in Anlehnung an OSMOND das Verhalten von Patienten in Räumen, in denen das Mobiliar einmal "soziofugal" und einmal "soziopetal" angeordnet war. Soziofugal nennt OSMOND (139, 140) Gebäude, die die Bildung stabiler zwischenmenschlicher Beziehungen erschweren, wie Bahnhöfe, Hotels, aber auch Gefängnisse und Krankenhäuser. Soziopetale Gebäude erleichtern dagegen die Bildung kleiner Gruppen und fördern stabile soziale Beziehungen, wie z.B. in einem Zulukraal oder einem Iglu.

HOLAHAN untersuchte das Patientenverhältnis in Abhängigkeit von der Anordnung der Stühle in einem Tagesraum. Acht Stühle und zwei Tische wurden einmal soziofugal angeordnet, d.h. die Tische standen in der Mitte des Raumes, während die Stühle in großer Entfernung voneinander an der Wand aufgestellt waren. In der soziopetalen Anordnung waren die Stühle direkt um die Tische gruppiert. In einer weiteren Versuchsanordnung konnten die Patienten die Stühle nach ihrem Belieben stellen.

In jeder Anordnung wurden fünf Gruppen zu je sechs Patienten

über 45 Minuten getestet. Als Untersuchungsinstrument dienten behavioral maps.

Der auffälligste Unterschied zeigte sich im sozialen Verhalten, das bei der soziopetalen Anordnung um beinahe das Dreifache höher lag, als bei der soziefugalen. Die Gespräche zwischen den Patienten in der soziopetalen Anordnung verliefen gleichmäßiger, sie blieben eher im Fluß und waren vom Inhalt her mehr persönlicher Natur. Das isoliert passive Verhalten war in der soziopetalen Anordnung signifikant geringer. Überraschend waren die Ergebnisse der Versuchsanordnung, in der die Patienten die Stühle nach ihrem Belieben aufstellen konnten. Die Patienten verhielten sich genauso, wie in der soziefugalen Anordnung.

Patienten, die den Wunsch zur sozialen Kommunikation haben, sind offensichtlich überfordert, wenn sie noch von sich aus die Voraussetzungen für eine Unterhaltung schaffen müssen, indem sie z.B. die Tische und Stühle zusammenrücken. Es ist also nicht gleichgültig, wie die Gruppierung der Tische und Stühle in einem Tagesraum ist.

Andere Untersuchungen, z.B. in Arztzimmern weisen auf das Phänomen einer sogenannten "pattern language" hin. Hieraus wurde abgeleitet, daß von Patienten ein Arztzimmer mit traditioneller Anordnung von Schreibtisch und Stühlen als das Territorium dessen angesehen wird, der hinter dem Schreibtisch sitzt. Die Patienten fühlen sich deshalb häufig unbehaglich, wenn sie in das Territorium eintreten.

Werden die Stühle gegenübergestellt, wird zwar eine intimere Atmosphäre geschaffen, der Patient fühlt sich jedoch häufig dem Arzt gegenüber zu stark ausgesetzt. Empfohlen wird deshalb eine Anordnung, in der gleichartige Stühle um einen Tisch gruppiert sind und die es erlauben, einen gewissen Abstand zum Gesprächspartner einzuhalten (BAKOS et al. 9).

4. Zusammenfassung umweltpsychologischer Forschungs-
ergebnisse auf psychiatrischen Stationen

- Das Patientenverhalten bleibt unter gleichen räumlichen Bedingungen über längere Zeit konstant (ITTELSON 87, 149).
- Veränderungen der baulichen Umwelt führen zu entsprechenden Veränderungen im Verhalten (ITTELSON et al. 149, 87).
- Die attraktive Ausstattung eines Raumes führt zu dessen vermehrter Benutzung, ohne die Verteilung des Verhaltens auf der gesamten Station zu verändern (ITTELSON et al. 87).
- Die Verbesserung der Atmosphäre durch eine neue Gestaltung der gesamten Station führt zu einer Zunahme sozialen Verhaltens und zu einer Abnahme passiv isolierten Verhaltens auf der ganzen Station (HOLAHAN 84).
- Die Bildung geeigneter Sitzgruppen in Aufenthaltsräumen fördert soziale Kontakte der Patienten und vermindert passives Verhalten (HOLAHAN 83).
- In den Bettenzimmern dominiert isoliert passives Verhalten, es nimmt mit wachsender Zimmergröße noch zu (ITTELSON et al. 86, 87).
- Es besteht kein Unterschied im Verhalten männlicher und weiblicher Patienten (ITTELSON et al. 87).

VIII. DER SOZIALPSYCHOLOGISCHE ASPEKT BEI DER GESTALTUNG PSYCHIATRISCHER EINRICHTUNGEN

Mit dem Aufbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen wird es möglich, die psychisch Kranken in ihrer gewohnten Umgebung zu behandeln. Ist eine ambulante oder teilstationäre Therapie wegen der Schwere des Krankheitsbildes nicht mehr durchführbar, kann der Patient für eine bestimmte Zeit stationär aufgenommen werden. Im psychiatrischen Krankenhaus wird er unter geschützten Bedingungen betreut und kann mit zunehmender Genesung ein stabiles Verhalten wiedererlernen und sich dabei in Gruppen wachsender Größe integrieren.

Für eine kontinuierliche Förderung der sozialen Beziehungen zwischen den Patienten ist eine funktionale Zuordnung der Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung nach ihrem Öffentlichkeitsgrad anzustreben. Dieser erstreckt sich von den Bettenzimmern mit hoher Privatsphäre bis zu den Tageszonen und dem Sozialzentrum mit hohem Öffentlichkeitsgrad. In neuerer Zeit geht man immer mehr dazu über, zwischen die privaten und öffentlichen Zonen sogenannte halbprivat/halböffentliche Bereiche einzuschieben, die intimen Kleingruppen mit etwa 5 Patienten als Kommunikationsort dienen (LEBENSohn 110, MEANS et al. 122, OSMOND 139, 140, WHITEHEAD et al. 184). Ähnliche Gedanken werden auch für das Allgemeinkrankenhaus formuliert, in dem vor allem in der Langzeitpflege gemütliche Wohnecken mit halbprivat/halböffentlichem Charakter auf der Station von hohem Wert sind (WELTER 183).

Die verschiedenen Ebenen sozialer Beziehungen im psychiatrischen Krankenhaus sind mit der Struktur des sozialen Lebens in der Gesellschaft vergleichbar. SIVADON (168) betrachtet in diesem Zusammenhang das psychiatrische Krankenhaus als Mikrokosmos, in dem sich das gesellschaftliche Leben unter vereinfachten Bedingungen widerspiegelt. Demnach läßt sich

das psychiatrische Krankenhaus als Trainingsstätte sozialen Verhaltens für diejenigen Patienten betrachten, die auf Grund ihrer Krankheit in der Gesellschaft augenblicklich überfordert sind.

Für die speziellen Bedürfnisse eines psychiatrischen Krankenhauses mit Dorfcharakter in Carolina/USA wurden sieben Ebenen der sozialen Beziehungen in der Klinik herausgearbeitet und zu den verschiedenen Ebenen des Lebens in der Gesellschaft in Beziehung gesetzt (MEANS, ACKERMANN 122). Ausgangspunkt dieser Betrachtung ist die Gruppe, die während des Klinikaufenthalts dem Patienten den nötigen Halt und sozialen Kontakt gibt. Die Eigenständigkeit eines jeden Gruppenmitglieds wird durch einen privaten Schlaf- und Wohnbereich unterstrichen. In einer Kleingruppe mit vier Mitgliedern, denen ein zusätzlicher Wohnbereich zur Verfügung steht, besteht die Möglichkeit, enge Kontakte zu knüpfen. Die Gruppe selbst setzt sich aus drei Kleingruppen zusammen und lebt in einer häuslichen Gemeinschaft mit gemeinsamen EB-, Wohn- und Waschräumen zusammen. Drei Gruppen mit insgesamt 36 Patienten bewohnen zusammen ein eigenes Pavillon. Hier können sich in der Nachbarschaft mehrerer Patientenhäuser, in der Gemeinschaft des gesamten Dorfes und in der Nachbarschaft mehrerer Dörfer vielfältige Kontakte entwickeln.

Auch SIVADON (168) spricht von vergleichbaren Ebenen der sozialen Integration in der Gesellschaft und im psychiatrischen Krankenhaus. Er kommt dabei für die einzelnen Gruppen auf durchschnittliche Größen von 7, 30, 90 und 350. Diese Größenordnungen finden sich in allen gesellschaftlichen Bereichen wieder und er empfiehlt, sie beim Bau psychiatrischer Einrichtungen zu berücksichtigen.

E. DISKUSSION

I. AUSWIRKUNGEN DER GEMEINDENAHEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG AUF DAS PSYCHIATRISCHE KRANKENHAUS

Die Gemeindepsychiatrie hat die Umwandlung des psychiatrischen Krankenhauses von einer Anstalt kustodialer Prägung zu einem modernen psychiatrischen Gemeindezentrum maßgebend mitbestimmt. Dadurch ist es zu einem wichtigen Glied in der therapeutischen Kette gemeindenaher psychiatrischer Einrichtungen geworden. Nun wird aber vielerorts in einer Überschätzung der Gemeindepsychiatrie das psychiatrische Krankenhaus ganz in Frage gestellt.

1. Die Stellung des psychiatrischen Krankenhauses in einer gemeindenahen Versorgung

Unterstützt von einer Reihe von Erhebungen hat man sich von der Gemeindepsychiatrie eine weitgehende Rehabilitation der chronisch Kranken erwartet. So zeigten das Fallregister des Londoner Bezirks Camberwell (WING 189) und Untersuchungen in den Londoner Bezirken Brompton und Southwark (OLDHAM 138) eine allmähliche Reduzierung der "alten Langzeitpatienten" (psychisch Kranke, die sich zum Stichtag länger als ein Jahr in stationärer Behandlung befinden), wenn die medikamentöse Therapie mit gemeindepsychiatrischen Ansätzen gekoppelt wird. Andererseits bildet sich jedoch eine Gruppe von "neuen Langzeitpatienten", deren chronischer Verfall auch mit dem Einsatz aller rehabilitativen Bemühungen aufgehalten werden kann (WING 189).

Da im Hospital Plan der Regierung Großbritanniens von 1962 (3) eine Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser vorgesehen ist, erhebt sich die Frage, wo in Zukunft die chronischen Patienten behandelt werden können. Die psychiatri-

schen Abteilungen mit einem Bettenschlüssel von 0,5 ‰ kommen dafür nicht in Frage. 1970 waren immer noch 1,78 Betten/1000 Einwohner mit psychiatrischen Patienten belegt, deren Aufenthaltsdauer länger als ein Jahr war (Tripartite Committee 154). Von verschiedenen Untersuchern wird ein zukünftiger Bettenbedarf zwischen 1,3 ‰ (OLDHAM 138) und 1,66 ‰ (LETEMANDIA et al. 113) vorgeschlagen. Den chronisch Kranken bleiben somit bei einer Schließung der psychiatrischen Krankenhäuser nur die Pflegeheime und die Tageskliniken offen. Aber auch in den Tageskliniken sammeln sich die neuen Langzeitpatienten an (WING 187).

Unter diesen Umständen dürfen die psychiatrischen Krankenhäuser auf keinen Fall geschlossen werden, bevor nicht die weitere Behandlung für jeden chronisch psychisch Kranken gesichert ist. Schlechte Erfahrungen aus den USA stehen hier als warnendes Beispiel übereilten Handelns.

Menschenunwürdige Zustände in den überfüllten psychiatrischen Großkrankenhäusern der USA drängten Ende der fünfziger Jahre zu neuen Lösungen in der psychiatrischen Krankenversorgung (BRILL 23). Deshalb wurde die Idee der Community Mental Health Center mit Begeisterung aufgenommen, zumal eine Reihe von Untersuchungen die Überlegenheit der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen gegenüber der Krankenhausbehandlung zeigten (HERZ et al. 79, GUY et al. 71).

Dementsprechend ist im Kennedyplan (101) die Hoffnung ausgedrückt, die chronisch psychisch Kranken bis auf wenige Fälle durch die Gemeindepsychiatrie rehabilitieren zu können. Die Richtigkeit dieser Voraussetzungen wurde jedoch nie überprüft.

Deshalb wurden die Community Mental Health Center, durch die die Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden sollte, selbst oft ohne Koordination zu den psychiatrischen Krankenhäusern gebaut, da diese ja doch geschlossen werden sollten.

In der Tat wurden bis 1973 14 psychiatrische Krankenhäuser geschlossen, vier allein in Kalifornien (GREENBLATT 68). Dagegen gibt es immer noch zu wenig Community Mental Health Center. Meistens sind sie nicht darauf vorbereitet, die Behandlung der chronischen Patienten zu übernehmen, da der Schwerpunkt der Community Mental Health Center auf der ambulanten Betreuung liegt. So leben die entlassenen Patienten oft unter schlechtesten Wohnbedingungen, zusammengepfercht in billigen Wohnungen oder drittklassigen Hotels. Ausgenutzt von skrupellosen Vermietern sind ihre allgemeinen Lebensbedingungen vielfach schlechter als zuvor im Krankenhaus (BRILL 23, WHO 197).

Wenn psychisch Kranke ohne geeignete Versorgungsmöglichkeiten entlassen werden, entstehen natürlich soziale Probleme. Kein Wunder, daß die Öffentlichkeit die psychisch Kranken in dieser Form nicht toleriert, und die Presse sich wieder gegen sie wendet (BRILL 23). Es ist kaum zu erwarten, daß unsere Gesellschaft, die, um reibungslos zu funktionieren, Alte, Schwache und Kinder ausgliedert, derzeitig ausgerechnet Menschen mit psychotischen Defektzuständen in größerer Zahl in ihrem Kreise dulden wird. Schon die Familie fühlt sich durch die gemeindepsychiatrische Behandlung eines Angehörigen mehr belastet als durch dessen Krankenhausbehandlung (GRAD et al. 66, SAINSBURRY 157).

Diese Erfahrungen haben heute zu einer Enttäuschung und zum Teil Rückbesinnung der Psychiater geführt. "Community Mental Health: A Noble Failure" ist eine neuere Untersuchung überschrieben, nach der die Community Mental Health Center und die psychiatrischen Krankenhäuser in Bezug auf Kosten und Aufenthaltsdauer nahezu gleichwertig arbeiten (SMITH et al. 172).

Es wäre jedoch im jetzigen Augenblick falsch, über die zum Teil nicht erfüllten Hoffnungen der Gemeindepsychiatrie zu resignieren. Bei einem so groß angelegten Unternehmen, wie

der Umstellung der psychiatrischen Krankenversorgung, ist von Anfang an mit Kursänderungen zu rechnen. Resignation würde vor allem den Patienten schaden, da ihr Anliegen damit wieder aus dem öffentlichen Interesse verschwindet. Dies zeigt deutlich die Geschichte der psychiatrischen Krankenversorgung im letzten Jahrhundert. Unter dem Zeichen des "moral treatment" haben die damaligen Psychiater große Erwartungen in die Heilungschancen ihrer Kurmethoden gelegt und sich gegenseitig mit Erfolgsberichten übertrumpfen. Das Ausbleiben tatsächlicher Heilung und die damit verbundene Überfüllung der Anstalten haben dann zu dem bekannten therapeutischen Pessimismus geführt.

Wenn man von den zu großen Erwartungen an die Gemeindepsychiatrie absieht, besteht derzeit kein Grund zur Resignation, jedoch Ursache genug zu einem kritischen Überblick. Die Schließung von psychiatrischen Krankenhäusern, ohne daß die weitere Versorgung der Kranken gewährleistet ist, verdient nicht den Namen Gemeindepsychiatrie. Dagegen führt die sorgfältige Planung und Durchführung zu durchwegs guten Ergebnissen. Dies zeigen Beispiele aus den USA (AHMED, PLOG 2), aus Kanada (SMITH 170), Großbritannien (BAKER 7, WING et al. 189) und Frankreich (HELD 78, LEOVICI, PAUMELLE 111).

Das Community Mental Health Center und die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus haben auf Grund ihrer geringen Größe und ihrer Nähe zum Patienten solche Vorteile, daß ihre Existenz nicht ernstlich in Frage gestellt werden darf. Jedoch kann diesen Einrichtungen nur eine Ebene der Versorgung psychisch Kranker zufallen. In diesem Zusammenhang sind vor allem übergeordnete Versorgungseinrichtungen in Form gut geführter Pflegeheime und psychiatrischen Krankenhäusern notwendig, wo Spezialfälle und chronisch Kranke unter Einsatz aller modernen Therapiemöglichkeiten behandelt und betreut werden.

So zeigt eine Aufschlüsselung der neuen Langzeitpatienten, daß viele von ihnen in einem psychiatrischen Krankenhaus am besten versorgt sind. Das psychiatrische Krankenhaus ist in der Lage, einer Vielzahl von Problemen zu begegnen, für die sich keine andere Einrichtung zuständig fühlt (WING 187). Neben der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus und den Community Mental Health Centers wird das psychiatrische Krankenhaus in Zukunft seine Stellung sicher weiter behaupten. In den Niederlanden gibt es bereits solche spezialisierten überregionalen Versorgungszentren, für die Bundesrepublik Deutschland sind sie geplant.

2. Schwierigkeiten bei der Realisierung einer Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Da sich die Gemeindepsychiatrie in der Bundesrepublik relativ spät entwickelte, konnte sich die Sachverständigenkommission der Bundesregierung (16) an den Erfahrungen der angloamerikanischen Länder orientieren. So beschreibt der Bericht der Sachverständigenkommission ein lückenlos durchdachtes Versorgungssystem, für das jedoch praktische Richtlinien zur Realisierung des Plans weitgehend fehlen. Es ist kaum vorstellbar, wer die immensen Kosten tragen soll, die eine Umstellung der psychiatrischen Versorgung entsprechend den Vorstellungen der Sachverständigenkommission verursachen würde. "Die Gesamtheit der Vorschläge und Empfehlungen wurde ohne Rücksicht auf die Grenzen im ökonomischen und personellen Bereich formuliert und läuft auf eine maximale psychiatrische Versorgung hinaus, die nicht zu realisieren ist", kritisiert HIPPIUS (82) den Bericht der Sachverständigenkommission.

Aber auch die gegenwärtige Situation der medizinisch psychiatrischen Versorgung in der BRD setzt den Vorschlägen der Sachverständigenkommission enge Grenzen. Wir haben in der

Bundesrepublik ein föderalistisches System mit einer nicht vereinheitlichten Sozialversicherung und unterschiedlichen Krankenhausträgern. Im Vergleich dazu ist in Großbritannien das Gesundheitssystem staatlich organisiert und über den Nationalen Gesundheitsdienst unterstehen alle psychiatrischen Dienste letzten Endes dem Minister. Dagegen sind allein in Bayern für die psychiatrischen Einrichtungen vier Ministerien und sieben Bezirke als Selbstverwaltungsorgane zuständig (DILLING 40).

Die Sachverständigenkommission (16) empfiehlt deshalb eine Reihe von Verwaltungsorganen und staatlichen Institutionen, um die mangelnde Koordination der psychiatrischen Dienste zu verbessern. Hier könnte jedoch ein schwerfälliger Institutionalismus entstehen, der dem Wohle der psychisch Kranken nicht förderlich ist (HIPPIUS 82). Als 1978 der Nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien sein dreißigjähriges Bestehen beging, gab es wenig Grund zu feiern. 600.000 Patienten warten seit mehr als einem Jahr auf eine Behandlung. Wie bei allen staatlichen Einrichtungen hat der Verwaltungsapparat überproportional zugenommen (Friedhelm Ost in einem Vortrag: Staatsmediziner oder freier Arzt - wohin steuert unsere Gesundheitspolitik?).

Als Alternative zu staatlichen Eingriffen bleibt die Möglichkeit, die Lage der psychisch Kranken durch Initiativen auf privater Ebene zu verbessern. Das Beispiel Holland kann hierfür als Anregung dienen. In den Niederlanden finden wir wie in der Bundesrepublik eine Vielzahl von Trägern und Zuständigkeiten für die psychiatrischen Dienste. Die Niederländer haben jedoch gezeigt, daß durch private Initiativen auf kommunaler Ebene eine Abstimmung der psychiatrischen Dienste möglich ist. Der Regierung fällt dabei mehr die Rolle der übergeordneten Koordination zu, als daß sie durch staatliche Lenkung hervortritt. Auf diese Weise hat sich in den

Niederlanden ein im Vergleich zur Bundesrepublik gut funktionierendes Versorgungssystem entwickelt (BUIJS 25, MARLETT 114).

3. Das Problem der chronisch Kranken

Bei allen Überlegungen zur Verbesserung der psychiatrischen Krankenversorgung bleiben die chronisch Kranken das zentrale Problem. Ob sie nun im Mittelalter in Turmverließe oder im Zeitalter des Absolutismus in Zucht- und Tollhäuser gesperrt waren, immer wurde diese Patientengruppe von der Gesellschaft und auch den heilbaren psychisch Kranken abgesondert (SCHRENK 161). Typische Beispiele hierfür sind die "Getrennten Heil- und Pflegeanstalten" des 19. Jh. und die Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie, die bis in unsere Zeit reicht. Deshalb ist der Ansatzpunkt der Gemeindepsychiatrie, die chronisch Kranken in die Gemeinde zurückzuführen, in der Geschichte der psychiatrischen Krankenversorgung ein höchst interessanter Versuch. Da aber trotz aller Fortschritte in Therapie und Rehabilitation ein Teil der chronisch Kranken pflegebedürftig bleibt, müssen sie nun wiederum abgesondert und in Pflegeheimen und überregionalen psychiatrischen Krankenhäusern versorgt werden, die nun nicht mehr gemeindenah sein können. Dennoch ist die Gemeindepsychiatrie die beste aller denkbaren Alternativen. Mit ihr ist eine humane Zuwendung an den psychisch Kranken und dessen Achtung als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft untrennbar verbunden.

Bei der Wiedereingliederung der psychisch Kranken sind die Besonderheiten der einzelnen Krankheitsbilder zu berücksichtigen. Interessant ist in diesem Zusammenhang die anthropologische These von JONAS (98), wonach Schizophrenie vor allem für das Zusammenleben in kleinen Gruppen geeignet sind.

Folgerichtig müssen diese Menschen unter den Bedingungen unserer modernen Umwelt mit ihren physikalischen und sozialen Reizen dekompensieren. Neben der medikamentösen Therapie schlägt Jonas deshalb vor, Schizophrene ihrer Neigung zu überlassen und ihnen Beschäftigungen anzubieten, die ihren Isolierungswünschen gerecht werden.

II. DER STELLENWERT VON BAUPLANUNG UND MILIEUGESTALTUNG PSYCHIATRISCHER ABTEILUNGEN IN DER THERAPIE

Die räumliche Gliederung eines psychiatrischen Krankenhauses ist das Ergebnis höchst unterschiedlicher Überlegungen. Klinisch-therapeutische, betriebstechnische, wirtschaftliche und organisatorische Gesichtspunkte bestimmen die Raumstruktur der psychiatrischen Abteilung. Die einzelnen Räume und Raumgruppen dienen jedoch nicht alleine einer zweckmäßigen Unterbringung und Pflege des Patienten, sondern können bei geeigneter Anordnung und Gestaltung selbst zum Mittel der Therapie werden.

1. Die Gliederung der Raumgruppen nach ihrem Öffentlichkeitsgrad

Psychisch Kranke sind fast ausnahmslos in ihren sozialen Beziehungen stark verunsichert. Je stärker diese Störung ist, desto kleiner wird die Gruppe sein, in die sich ein Patient mühelos eingliedern kann. Andererseits läuft die Gesundung des psychisch Kranken parallel mit seiner Integration in Gruppen wachsender Größe. Dieser Vorgang der Rehabilitation läßt sich durch die räumliche Struktur der psychiatrischen Abteilung unterstützen.

Eine kontinuierliche Aufeinanderfolge privater, halbprivater, halböffentlicher und öffentlicher Bereiche erlauben es, den Patienten der Gruppe zuzuordnen, die seiner augenblicklichen psychischen Verfassung entspricht. In Abbildung 1 sind schematisch die Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung nach ihrem Öffentlichkeitsgrad angeordnet. Ein derart lückenloses Anwachsen des Öffentlichkeitscharakters der einzelnen Räume wird man in den wenigsten psychiatrischen Krankenhäusern finden. Gerade in älteren psychiatrischen Kliniken können die großen Schlafsäle nicht die not-

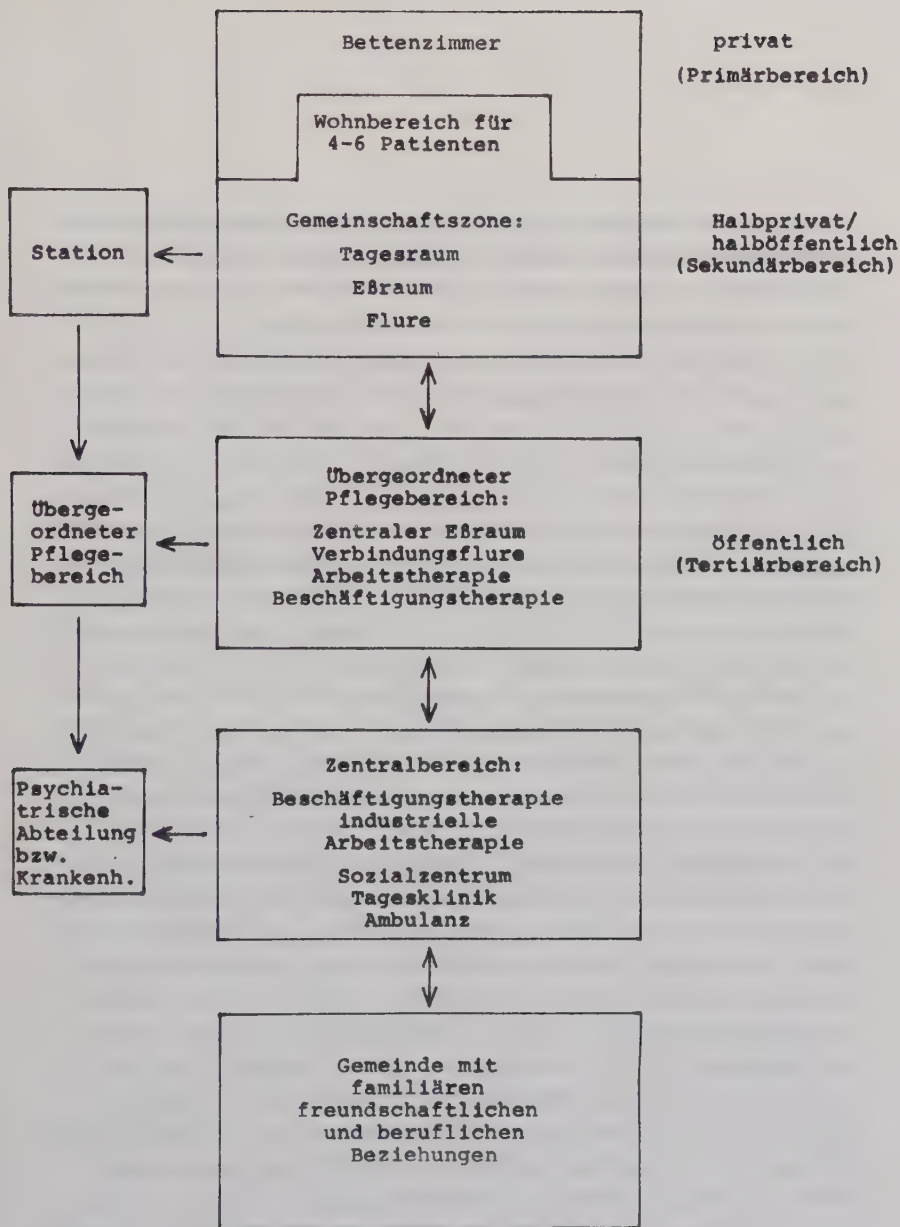


Abb. 1: Anordnung der Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung nach ihrem Öffentlichkeitsgrad. Es besteht hier eine Kontinuität zwischen privaten, halbprivat/halböffentlichen und öffentlichen Bereichen. Dies ist die Voraussetzung, um Patienten in die jeweils für ihn geeignete Gruppe zuzuordnen.

wendige Privatsphäre bieten, während halbprivate/halböffentliche Bereiche fast vollkommen fehlen. Aber auch die Einrichtungen des übergeordneten Pflegebereichs und des Sozialzentrums sind oft nur ansatzweise vorhanden.

Die unzureichende räumliche Ausstattung vieler alter psychiatrischer Kliniken geht parallel mit einer psychiatrischen Krankenversorgung, in der der Patient nur die Wahl zwischen dem niedergelassenen Nervenarzt und der stationären Behandlung im psychiatrischen Großkrankenhaus hat. Die Gemeindepsychiatrie hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese ungünstige Kluft mit gemeindenahen ambulanten, halbstationären und komplementären Diensten zu schließen. Dadurch wird in allen Krankheitsstadien eine kontinuierliche Betreuung des Patienten in der jeweils geeigneten psychiatrischen Einrichtung möglich. Die in Abbildung 1 gezeigte lückenlose Aufeinanderfolge der Raumgruppen vermeidet krasse Sprünge im Öffentlichkeitscharakter der Räume und macht eine vergleichbare Kontinuität der Behandlung auch innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses möglich.

Die reichhaltigen räumlichen Angebote einer psychiatrischen Abteilung erlauben es den Patienten, nach und nach ein vielfältiges Netz sozialer Beziehungen aufzubauen, die den sozialen Beziehungen in der Gemeinde durchaus gleichwertig sind. Dadurch kann der psychisch Kranke gut auf das Leben in der Gemeinde vorbereitet werden. In Anlehnung an die Arbeiten von LEBENSOHN (110), MEANS et al. (122), OSMOND (139, 140), SIVADON (168) und WHITEHEAD et al. (184) lassen sich die verschiedenen Ebenen sozialer Integration in der Gesellschaft den unterschiedlich großen Raumeinheiten einer psychiatrischen Abteilung direkt gegenüberstellen.

Als Individuum findet der Patient das notwendige Maß an Privatsphäre in Ein- und Zweibettzimmern oder in unterteilten Mehrbettzimmern. Der Familie entspricht im psychiatrischen

Krankenhaus eine intime Kleingruppe mit etwa 5 Patienten, die einen eigenen Wohnbereich für sich haben sollten. Erfolgreiche Gruppen in der Gesellschaft zählen oft zwischen 8 und 15 Mitgliedern (MEANS et al. 122). Parallel dazu lassen sich in vielen psychiatrischen Krankenhäuser die Stationen in Halbstationen unterteilen. Beispiele hierfür sind der Musterplan der WHO (8), die psychiatrische Klinik in Ingolstadt (176) und das psychiatrische Landeskrankenhaus in Bonn (77). Die ganze Station mit 20 bis 30 Patienten hat ihre Entsprechung in der Größe des Freundeskreises, der engeren Nachbarschaft, einer Schulklasse und anderer Vereinigungen. Die weitere Nachbarschaft, der entfernte Bekannten-, Verwandten und Kollegenkreis findet sich in der psychiatrischen Abteilung als übergeordneter Pflegebereich wieder. 80 bis 100 Patienten können hier die zentralen Einrichtungen, Gruppen- sowie Arbeits- und Beschäftigungstherapie benutzen. Im Sozialzentrum und den Einrichtungen des Zentralbereichs treffen die 200 bis 400 Patienten des gesamten psychiatrischen Krankenhauses mit ambulanten und teilstationären Patienten zusammen. Diese Größenordnung entspricht der Einwohnerzahl eines kleinen Dorfes oder der Größe eines mittleren Betriebes.

2. Die Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung und ihre Bedeutung in der sozialen Rehabilitation des Patienten

a. Bettenräume

Auch wenn die therapeutischen Bemühungen dahin gehen, den Patienten in seinen sozialen Beziehungen zu stärken, so darf nicht vergessen werden, daß jeder Mensch ein starkes Bedürfnis nach einem eigenen Territorium (ESSER et al. 46) und einem Bereich hoher Privatsphäre hat. Dies wird im psychiatrischen Krankenhaus am besten durch Einzelzimmer gewährleistet. Die Zurückgezogenheit in der Privatsphäre dient der Erhaltung der persönlichen Autonomie, der emotionalen Entspannung, der Verarbeitung von Tageseindrücken und einer begrenzten und geschützten Kommunikation.

Dagegen kann das Gemeinschaftsleben zu Frustration und Spannung führen, wenn das Bewußtsein der ständigen Gegenwart anderer und das dauernde Ausgesetztsein der Meinung anderer nicht durch Zurückgezogenheit unterbrochen werden kann. Wo Menschen eng aufeinander leben, versuchen sie, wenn kein Privatbereich zur Verfügung steht, ihre Identität durch Prahlerei und übertriebene Kritik der anderen aufrechtzuerhalten (PROSHANSKY et al. 148, 149).

Psychiatrische Stationen mit großen Schlafsälen, wo die Patienten während des ganzen Tages der Gegenwart der Mitpatienten ausgesetzt sind, stellen eine Situation dar, die im täglichen Leben nur ausnahmesweise vorkommt. Deshalb benutzen die Patienten kleinere Mehrbettzimmer so, als ob sie Einzelzimmer wären. ITTELSON, RIVLIN und PROSHANSKY (86) konnten zeigen, daß man in Zimmern mit weniger als sechs Betten zu einem bestimmten Zeitpunkt meist nur einen Patienten antrifft. Die übrigen Zimmerbewohner respektieren das Zimmer somit als den Privatbereich dessen, der sich gerade darin aufhält. Diese Untersuchungen widerlegen die gängige

Meinung, daß Einzelzimmer die Isolierungstendenzen der Patienten fördern. Vielmehr nimmt das passive Verhalten in den Bettenräumen mit wachsender Bettenzahl pro Zimmer zu. Dies kann man in großen Schlafsälen älterer psychiatrischer Krankenhäuser gut beobachten. Die Patienten liegen meistens untätig im Bett, ohne daß irgendwo eine Unterhaltung oder eine andere Form der Aktivität zustande kommt. Dagegen ist in den Einzelzimmern nach den Untersuchungen von ITTELSON et al.

(86) das passive Verhalten am geringsten. Die Privatsphäre der kleineren Zimmer gibt dem Patienten die Möglichkeit zur Entfaltung persönlicher Aktivitäten.

Natürlich bieten Einzelzimmer die größte Privatsphäre, aber auch in Zweibettzimmern ist genügend privater Freiraum gewährleistet. Zweibettzimmer erleichtern zusätzlich die Aufgaben des Pflegepersonals, da die Patienten ihren Zimmernachbarn in vieler Hinsicht behilflich sein können.

Eine stufenlose Veränderung der Zimmergröße vom Ein- bis Vierbettzimmer wird im Rheinischen Krankenhaus von Bonn verwirklicht (s.S. 125). Erwähnt sei an dieser Stelle der Diskussion auch nochmals das Raum-in-Raum-System von MAYER (118), wo vier Zimmer durch flexible Trennwände getrennt sind, die nach Bedarf entfernt werden können. Die Räume sind so angeordnet, daß innerhalb der Vierergruppe verschiedene Zimmerkombinationen möglich sind. Da auch die Trennwände zum Tagesraum mobil sind, kann eine breite Verbindung zwischen öffentlicher und privater Zone hergestellt werden.

Kleinere Bettenräume erleichtern überdies die gemischtgeschlechtliche Belegung der Stationen. Voraussetzung ist, daß jede Zimmereinheit über die erforderlichen Naßzellen verfügt.

Eine wohnliche Möblierung und ansprechende Gestaltung der Zimmer wird heute in der Psychiatrie als selbstverständlich angesehen. Dagegen wird von einigen Stellen argumentiert, das Krankenhaus müsse unfreundlich genug sein, um zu verhin-

dern, daß einzelne Patienten auch nach ihrer Gesundung noch in der Klinik bleiben wollen. Eine freundliche Umgebung würde gewissermaßen die psychische Erkrankung belohnen (WHITEHEAD et al. 184). Die Erfahrung zeigt, daß für manche Patienten diese Argumente durchaus zutreffen. Doch wird jeder erfahrene Arzt im Rahmen eines klaren therapeutischen Konzepts dieses Problem bewältigen können. Es wäre falsch, die Allgemeinheit der Patienten durch schlechte Ausstattung und Design für ihre Krankheit zu bestrafen.

Genauso falsch wäre es jedoch auch, psychiatrische Einrichtungen in Umkehrung früherer Verhältnisse nun besonders komfortabel und gediegen zu gestalten. Oft drückt sich in dieser Absicht eine Haltung gegenüber den Patienten aus, die deren Eigenständigkeit im Wege ist. Patienten aus niederen sozialen Schichten könnten sich in einer solchen Umgebung überfordert fühlen und es besteht die Gefahr, durch zuviel Komfort eine andere Art von Sterilität zu schaffen. Das richtige Maß für den Standart an Einrichtungen in psychiatrischen Krankenhäusern sollte sich an der gewohnten Umgebung der Patienten orientieren.

Dabei ist es wichtig, daß jedem Zimmer eine individuelle Note gegeben werden kann. Preisgünstige Massenproduktion führt oft zu völlig identisch eingerichteten Zimmern, in denen sogar die gleichen Bilder an der Wand hängen. Gerade in Bettenräumen, sollte den Patienten Gelegenheit gegeben werden, sie in gewissem Rahmen nach ihren eigenen Ideen mitzugestalten. Dadurch kann der Patient seiner Individualität Ausdruck verleihen, und der Arzt kann wertvolle Hinweise über den psychischen Zustand und die Persönlichkeit des Patienten erhalten.

b. Wohnbereich für 4 bis 6 Patienten

Die kleine intime Gruppe mit 4 bis 6 Patienten ist eine wichtige Ebene sozialer Integration. Bei dieser Größenordnung kann jeder Patient wesentlich zur Gestaltung des Gruppenlebens beitragen, woraus ein starker Zusammenhalt und ein Gefühl der Geborgenheit entstehen kann. In einigen psychiatrischen Kliniken gibt es für die intime Kleingruppe schon einen eigenen Kommunikationsraum mit halbprivat, halböffentlichem Charakter, der sich in unmittelbarer Nähe der Patientenzimmer befindet (LEBENSJOHN 110, MEANS et al. 122). Im Community Mental Health Center in Marshfield/USA öffnen sich jeweils sechs Einzelzimmer direkt in den Wohnraum für diese Patientengruppe, wobei der Wohnraum wieder in den Tagesraum übergeht (ANDERSON et al. 4).

Wo in älteren Kliniken Einzelzimmer fehlen, bieten sich die Vier- bis Sechsbettzimmer zugleich als Wohnraum für diese Patientengruppe an. Innerhalb des Zimmers sollte in diesem Fall der Wohnbereich deutlich vom Schlafbereich getrennt sein. Durch Regale, Raumteiler, Falttüren etc. lassen sich private Nischen formen, während eine gemütliche Sitzecke den Wohnbereich signalisiert. Die enge Nachbarschaft von Wohn- und Privatbereich muß hier in Kauf genommen werden.

In alten psychiatrischen Krankenhäusern, in denen die Flure noch sehr großzügig bemessen sind, lassen sich auf den Fluren oft kleine Sitzecken, z.B. in den Fensternischen, einrichten. Auch kann der Tagesraum selbst für kleine Gruppen unterteilt werden.

c. Tagesraum

Die nächste Ebene sozialer Beziehungen spielt sich in Gruppen bis zu 20 bis 30 Patienten ab. Das bauliche Äquivalent hierfür ist der Tagesraum, der selbstverständlich für jeden

Patienten gut erreichbar und wohnlich ausgestattet sein soll. Oft machen die Tagesräume in alten psychiatrischen Krankenhäusern noch den Eindruck von Bahnhofsgaststätten und spiegeln so die Trostlosigkeit der Situation der Patienten und Therapeuten wieder. Solche Tagesräume, die meist irgendwo am Ende eines Ganges und oft nicht einmal auf der Station liegen, sind nicht genügend in das Stationsleben integriert. Ihre Kahlheit und die oft isolierte Anordnung von Tischen und Stühlen formen eine anonyme Atmosphäre, in der die Patienten eher vor sozialen Beziehungen zurückschrecken. Die Wirkung dieser Räume kann als soziofugal bezeichnet werden. Mit dem Begriff soziofugal beschreibt OSMOND (139, 140) Räume, die die Bildung sozialer Beziehungen erschweren, während soziopetale Räume zwischenmenschliche Kontakte erleichtern. Soziopetale Räume setzen eine gewisse Gemütlichkeit und Intimität voraus, die den Patienten Vertrautheit und Geborgenheit vermitteln kann. In einer wohnlichen Sitzecke wird auch ein sonst zurückhaltender Patient sich eher zu einer Unterhaltung bereitfinden. Dies steht auch in Übereinstimmung mit HOLAHANS (83) Untersuchungen, die zeigen, daß Patienten, die zusammen an einem Tisch sitzen, sich mehr miteinander unterhalten als Patienten, die, ähnlich wie in vielen ärztlichen Wartezimmern, verteilt an den Wänden sitzen.

Dieses Ergebnis, wie auch die anderen umweltpsychologischen Untersuchungen auf psychiatrischen Stationen erhärten die Forderung nach einer vermehrten Einbeziehung der Umweltgestaltung in die Planung. In diesen Arbeiten wird deutlich, wie sehr das Verhalten psychisch Kranker von der Umwelt abhängig ist, so daß schon allein die Stellung der Sitzmöbel einen entscheidenden Einfluß auf die Aufnahme sozialer Beziehungen haben kann.

Gerade Patienten, die gerne Kontakt schließen möchten, aber nur schwer von sich aus die Initiative ergreifen können,

werden in ihrem sozialen Verhalten durch eine geeignete Umweltgestaltung gefördert. Wenn solche Patienten erst auf andere Patienten zugehen und noch Stühle und Tische zusammenrücken müssen, dann sind sie einfach überfordert und der erwünschte Kontakt unterbleibt.

Psychisch Kranke neigen oft dazu, ihr Äußeres und die Ordnung in ihrer Umgebung zu vernachlässigen. Da nun eine häßliche Umgebung ihre Stimmung selbst wieder negativ beeinflusst (MASLOW, MINTZE 115), geraten sie hiermit in einen *circulus vitiosus*. In der psychiatrischen Abteilung läßt sich dieser Kreis unter anderem durch eine wohnliche Gestaltung der Tages- und Bettenräume unterbrechen.

Da die Tagesräume von allen Patienten benutzt werden, sollen hier Veränderungen und Verbesserungen seitens der Patienten nur in Absprache mit den übrigen Patienten vorgennommen werden. Das Leben eines jeden Menschen in der Gesellschaft ist durch Eigenverantwortlichkeit einerseits und Anpassungsfähigkeit andererseits bestimmt. Im psychiatrischen Krankenhaus soll der Patient seinen Bettenplatz durchaus nach seinen eigenen Vorstellungen mitgestalten können, während er sich in den öffentlichen Räumen den Wünschen der Mitpatienten und der Klinikleitung anpassen muß. Auf diese Weise kann ein kleiner Beitrag dazu geleistet werden, daß der Patient eine gewisse Stabilität in Bezug auf seine eigene Person und Flexibilität im Verhalten nach außen erlernt.

In vielen psychiatrischen Krankenhäusern grenzen Tagesraum und Bettenräume so aneinander, daß die Patienten von ihren Zimmern direkt den Tagesraum betreten. Dadurch wird der Tagesraum zum Mittelpunkt des sozialen Lebens einer Station, und erfüllt somit eine ähnliche Funktion wie die zentralen Marktplätze älterer Kleinstädte.

Der Vergleich der Lebensweisen in älteren gewachsenen Städten und modernen geplanten Städten zeigt deutlich wie sehr die

vom Menschen geschaffene Umwelt positiven oder negativen Einfluß auf das Verhalten der Menschen ausüben kann. Die Entmischung von Wohn-, Gewerbe- und Erholungsgebieten in den Trabantenstädten trägt nach Ansicht einiger Autoren zur Vereinsamung der Menschen bei und führt zu Depressionen und paranoiden Reaktionen (MÜHLICH-von STADE, MÜHLICH 204). An diesem Beispiel wird die Bedeutung eines zentralen, geschützten Kommunikationsbereichs deutlich, der in der psychiatrischen Abteilung im kleinen Rahmen vom Tagesraum und für die gesamte Abteilung vom Sozialzentrum gebildet wird.

In psychiatrischen Krankenhäusern, wo kleine Wohnbereiche für 4 bis 6 Patienten eingerichtet werden können, wäre es günstig, wenn diese sich ebenfalls direkt in den Tagesraum öffnen würden. Andererseits ist darauf zu achten, daß die kleinen Wohnräume zusammen mit den Fluren und den Tagesräumen kein ineinandergehendes Kontinuum bilden. Räume ohne klare Begrenzung und Definition können Angst und Unsicherheit beim Patienten auslösen. Sogenannte "funktionelle Grenzen" (WHITEHEAD et al. 184) in Form von unterschiedlicher Raumhöhe, Wandschmuck und Raumteilern, sowie verschiedener Farbe und Beleuchtung tragen dazu bei, einen Raum in einzelne Funktionsbereiche zu trennen. Große Tages- und Essräume lassen sich durch funktionelle Grenzen für verschiedene Interessengruppen unterteilen, ohne daß der Gesamtzusammenhalt der Patienten verlorengeht.

d. Übergeordneter Pflegebereich

In einer Reihe von psychiatrischen Kliniken treffen sich die Patienten von vier Stationen in einem übergeordneten Pflegebereich (HEINLE et al. 77, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176). Der übergeordnete Pflegebereich, in dem Möglichkeiten für Beschäftigungs-, Arbeits- und Gruppentherapie vorhanden sind, ist nicht nur allein aus betriebstechnischen und organisato-

rischen Überlegungen entstanden. Vielmehr werden hier die Patienten aus ihrer geschützten Umgebung aus der Station heraus und mit zuvor fremden Patienten zusammengeführt. Deshalb ist der übergeordnete Pflegebereich ein wichtiger Schritt in der Rehabilitation. Die Patienten lernen hier, sich in einem schon mehr öffentlichen, aber immer noch übersehbaren Rahmen zu bewegen.

e. Zentralbereich

Im Zentralbereich mit den Einrichtungen der Beschäftigungstherapie und der industriellen Arbeitstherapie, dem Sozialzentrum, der Ambulanz und der Tagesklinik mit Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen findet der Patient den Übergang in die Gemeinde. In der industriellen Arbeitstherapie lernt er unter nahezu alltäglichen Bedingungen sich wieder in den Arbeitsprozeß einzugliedern. Das Sozialzentrum mit verschiedenen Geschäften, einem Café, therapeutischen Einrichtungen und den Möglichkeiten zu Sport und Unterhaltung stellt ein kleines Abbild der Angebote einer Gemeinde dar. Wie der Tagesraum im kleinen Rahmen einer Station, erfüllt das Sozialzentrum die Rolle eines Treffpunktes für alle Patienten. Deshalb ist von baulicher Seite ein Kommunikationskern in Form einer "Plazza" zu begrüßen, die zum zwanglosen Herumgehen und Plaudern einlädt.

Da der Zentralbereich oft zugleich mit der Tagesklinik und der Ambulanz ausgestattet ist (DHSS 36, SEAGER 165, STEINBÜCHEL-RHEINWALL et al. 176), können hier die stationären Patienten mit den ambulanten und teilstationären Patienten zusammentreffen. Auch die gemeinsame Nutzung verschiedener Einrichtungen des Sozialzentrums mit dem Allgemeinkrankenhaus erweitert die Möglichkeit des Kontakts über den Kreis der psychiatrischen Abteilung hinaus. An dieser Stelle ist noch die Frage anzuschneiden, inwieweit die Einrichtungen des So-

zialzentrums, vor allem die Sportanlagen, teilweise auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden können (WINKLER 192). Damit ergibt sich die Möglichkeit, daß die psychiatrische Abteilung und die Gemeinde die Einrichtungen zu verschiedenen Zeiten benutzen, wobei hier vor allem wirtschaftliche Überlegungen den gemeinsamen Gebrauch bestimmen können. Interessanter wäre der Versuch, z.B. das Schwimmbad für die Gemeinde und eine stabile Patientengruppe gleichzeitig zu öffnen. Auf diese Weise könnte viel für ein neues Bild des psychisch Kranken in der Öffentlichkeit getan werden. Auch Wettkämpfe, wie z.B. Fußballspiele des Krankenhauses gegen Sportvereine der Gemeinde kommen in Betracht. Ein ebenso mutiges wie behutsames Vorgehen der Gemeinde- und Klinikleitung sind bei solchen Kontakten Voraussetzung für einen Erfolg.

3. Überlegungen zur Grundrißform einer neuen psychiatrischen Abteilung

Bei einer linearen Anordnung der Bettenzimmer in Ein- und Zweibettzimmertiefe entstehen lange Erschließungsflure, die die direkte Zuordnung von Betten- und Tagesräumen unmöglich machen würde. Eher denkbar wäre ein kreisförmiger Grundriß, bei dem die Bettenräume in der Peripherie liegen. Allerdings müßte hier eine Verjüngung der Bettenzimmer zum Kreismittelpunkt in Kauf genommen werden. Der Tagesraum in der Kreisinnezone könnte nur über einen Innenhof Tageslicht erhalten und wäre im Verhältnis zur Zimmerzahl zu groß. Bei einem quadratischen Grundriß erhält man zwar rechteckige Zimmer, ansonsten ergeben sich die gleichen Nachteile wie bei der kreisförmigen Anordnung.

Die vielen Anforderungen, die an die bauliche Gestaltung einer psychiatrischen Station gestellt werden, lassen sich am besten in einem vielseitig differenzierten Grundriß verwirklichen. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß seit

1970 beim Neubau psychiatrischer Abteilungen die vielgestaltigen Grundrißformen zunehmend Verwendung finden. Gleichzeitig wächst der Flächenaufwand vor allem für die Tagesräume (Oberste Baubehörde 137). Die folgende Gegenüberstellung von vier psychiatrischen Abteilungen zeigt, wie mit wachsenden Ansprüchen die Differenzierung der baulichen Struktur der Station zunimmt.

Der Musterplan der WHO (s.S. 123) ist, was die zentrale Anordnung des Tagesraumes und den Zugang zum Tageslicht betrifft, immer noch beispielhaft. Da der Großteil der Patienten in Sechsbettzimmern untergebracht ist, gestaltet sich die bauliche Verwirklichung sehr viel einfacher, als wenn den Patienten Zwei- und Einbettzimmer zur Verfügung ständen. Auch die Verlagerung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie die Einnahme der Mahlzeiten ins Sozialzentrum erleichtern die Durchführung dieses Plans und die gesamte Station weist eine vergleichsweise einfache Struktur auf.

Ähnliches gilt für das Standart Psychiatric Departement in Großbritannien (s.S. 124). Hier sind für die meisten Patienten Fünfbettzimmer vorgesehen. Die Patienten halten sich ebenfalls während eines Großteils des Tages im Sozialzentrum (activity area) auf, wo auch das Essen eingenommen wird und die Gruppentherapien stattfinden. Deshalb ist es ohne weiteres möglich, das gesamte Raumangebot der Pflegeabteilung befriedigend in einer Doppelfluranlage unterzubringen. Auch wenn diese Lösung nicht sehr elegant und originell ist, sind doch alle Forderungen an eine moderne psychiatrische Abteilung erfüllt.

Anders verhält es sich beim Neubau des Rheinischen Landeskrankenhauses in Bonn (s.S. 125). Dieser Plan weist einen weitaus höheren Standard auf, als die beiden vorhergenannten. Alle Patienten sind in Einzelzimmern untergebracht, die

sich stufenlos zu Vierbettzimmern umbauen lassen. Der Tagesraum ist zentral gelegen und hat Zugang zu Tageslicht. Die Pflegeeinheiten und Stationen sind zusätzlich reichlich mit Räumen für das Personal sowie für die Therapie und individuelle Freizeitgestaltung der Patienten ausgestattet. Den Architekten gelang die Integration dieser hohen Ansprüche in einem eleganten Grundriß, der weitaus differenzierter ist als die vorangegangenen.

Vergleichbar damit sind die stationären Einrichtungen des Community Mental Health Centers in Marshfield/USA (s.S.126). Die Stationen haben einen kammförmigen Grundriß, wobei sich in den Kammzinken sowohl die Einzelzimmer als auch ein kleiner Wohnbereich für je eine Gruppe von sechs Patienten befinden. Zusätzlich steht für jede Station ein Tagesraum zur Verfügung, der von den Einrichtungen des Sozialzentrums teilweise nur durch Glaswände getrennt ist.

Als Ergebnis dieser Gegenüberstellung ist für eine neue psychiatrische Abteilung folgende bauliche Anordnung denkbar. Zentrum der Station ist die Tageszone, um die sich 4 bis 5 Raumzonen für je 4 bis 6 Patienten gruppieren. In jeder Zone befinden sich die Bettenräume, eine zugehörige kleine Wohnfläche sowie die notwendigen funktionellen Räume. Die Zonen sind so angeordnet, daß der Tagesraum noch natürliches Licht erhält. Abbildung 2 gibt einen Eindruck über die mögliche bauliche Zuordnung der Raumgruppen einer psychiatrischen Station.

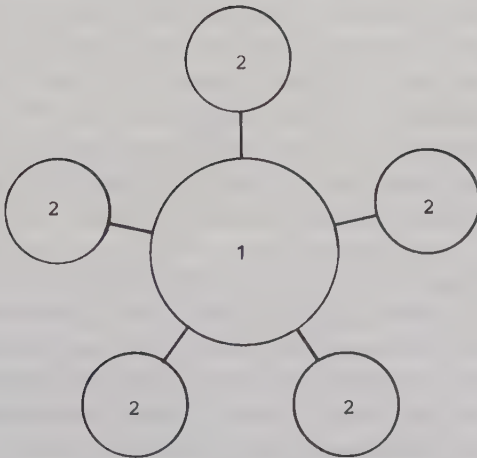


Abb. 2: 1) Tageszone mit Schwesternstützpunkt, Untersuchungs- und Behandlungszimmern sowie Funktions- und Betriebsräumen

2) Raumzone für 4 bis 6 Patientenzimmern und einem dazugehörigen kleinen Wohnbereich

III. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER UMWELTPSYCHOLOGIE UND MILIEUGESTALTUNG IM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS

Die Erkenntnisse der Umweltpsychologie und Milieugestaltung erlangen zunehmend Einfluß in der Planung psychiatrischer Einrichtungen. Im deutschen Sprachgebrauch hat sich in den letzten Jahren der Begriff "Milieugestaltung" eingebürgert (FRANKE 53, JOEDICKE 96). Darin drückt sich das neu entstandene Bewußtsein aus, die bauliche Gestaltung des Krankenhauses und der Stationen als therapeutisch wichtigen Faktor in der Planung vermehrt zu beachten.

Dagegen wird im amerikanischen Schrifttum streng zwischen "physical environment" (bauliche Umwelt) (ITTELSON et al. 87, 88, 89) und "psychosocial environment" (psychosoziale Umwelt) (MOOS 126) differenziert. Der erste Begriff bezieht sich auf die bauliche Gestaltung der Station. Untersuchungsinstrument hierfür sind vor allem die mapping-Verfahren. Der psychosoziale Aspekt der Umwelt hängt in erster Linie mit der therapeutischen Ausrichtung zusammen und wird mit Hilfe verschiedener Testbögen erfaßt. Die begriffliche Trennung von baulicher und psychosozialer Umwelt hat für die wissenschaftliche Forschung große Vorteile. Bisher aber war der Nachteil damit verbunden, daß beide Aspekte der Umwelt im wesentlichen getrennt untersucht wurden. Da beide Methoden standardisierte Verfahren zur Erfassung verschiedener Aspekte der Umwelt sind, dürfte ihre Kombination erfolgversprechend sein.

Die Umweltpsychologie kann bisher nur ganz globale Aussagen über die Umwelt psychiatrischer Stationen machen. Über die Wirkung einzelner Elemente der Umwelt auf das Verhalten und die Emotionen psychisch Kranker sind bis jetzt so gut wie keine brauchbaren Ergebnisse vorhanden. Hier beginnen die

Schwierigkeiten der umweltpsychologischen Forschung. Wenn die einzelnen Elemente der Umwelt wie Farbe, Form oder Licht überhaupt einen meßbaren Einfluß auf das Verhalten haben, ist zu erwarten, daß die Ergebnisse je nach psychiatrischem Krankheitsbild, persönlichem und kulturellem Hintergrund des Patienten und angewandter Untersuchungsmethode verschieden ausfallen. Außerdem kann nicht aus der Erfahrung der einzelnen Faktoren auf die Gesamtwirkung der Faktoren in einer gegebenen Umwelt geschlossen werden. So begrüßenswert experimentell gesicherte Daten sind, so werden sich in naher Zukunft die Richtlinien für die Gestaltung psychiatrischer Stationen hauptsächlich noch aus der Erfahrung und dem subjektiven Empfinden der Psychiater und Architekten ergeben.

Wenn auch die Umweltpsychologie noch nicht mit detaillierten Richtlinien zur Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen aufwarten kann, hat sie doch überzeugend dargestellt, daß die bauliche Umwelt auf das Verhalten der Patienten einwirkt, ohne daß sie sich dessen bewußt sind. Wenn es darum geht, die Patienten bestmöglichst zu behandeln, muß deshalb neben dem jeweiligen therapeutischen Konzept und der Administration auch die Umweltgestaltung berücksichtigt werden. Die oft vertretene Meinung, eine erfolgreiche Therapie könne auch unter ungünstigen äußeren Bedingungen durchgeführt werden, ist sicher richtig. So konnte z.B. SHOENBERG (166) das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in einem völlig veralteten und unterbesetzten psychiatrischen Krankenhaus einführen und dadurch die Eigenverantwortlichkeit und das Selbstvertrauen der Patienten im großen Umfang verbessern. Auch der Vergleich zweier gleichartiger Stationen eines staatlichen Krankenhauses durch ITTELSON et al. (87) zeigt, daß allein das Engagement von Ärzten und Personal die Patienten aus ihrer Passivität herausbringen kann. Aber eine gute Therapie läßt sich in einer passenden Umgebung noch viel erfolgreicher einsetzen. Umweltgestaltung,

Therapie und eine auf die Bedürfnisse des klinischen Betriebs abgestimmte Verwaltungsführung können sich in ihrer gemeinsamen Zielrichtung gegenseitig stark unterstützen. Dabei muß die rechtzeitige Beachtung der Umweltgestaltung einer psychiatrischen Station nicht unbedingt mit einem höheren Kostenaufwand einhergehen. Beim Neubau einer psychiatrischen Abteilung wird man heute von Beginn an auf eine befriedigende Möblierung und Ausstattung der Station achten und den größeren Platzbedarf psychisch Kranker berücksichtigen. Innerhalb der vorgegebenen Kostenrichtwerte ist es dann durchaus möglich, z.B. den Grundriß einer psychiatrischen Abteilung nach den hier genannten Gesichtspunkten zu planen. Auch eine qualitativ bessere Ausstattung der Station muß nicht teurer sein. So sind Teppichböden trotz hoher Anschaffungskosten gegenüber Kunststoffböden letzten Endes doch billiger, da die Unterhaltskosten niedriger liegen (FORD 50, STEUER 177). Daß sich ein veraltetes psychiatrisches Krankenhaus auch mit begrenzten Mitteln modernisieren läßt, zeigt die Renovierung eines psychiatrischen Krankenhauses in Kalifornien (WHITEHEAD et al. 184).

Allein das Bewußtsein für die Bedeutung der baulichen Umwelt hilft mit, Fehler und Versäumnisse der Vergangenheit zu vermeiden. Dieses Bewußtsein zu wecken ist das Ziel dieser Arbeit.

F. ZUSAMMENFASSUNG

In den letzten dreißig Jahren haben sich in der Therapie und Versorgung psychisch Kranker große Wandlungen und Fortschritte ergeben. Zu Beginn der Arbeit stellte sich deshalb die Frage, welche Konsequenzen hieraus für die bauliche Gestaltung psychiatrischer Einrichtungen erwachsen. Eine enge Wechselbeziehung zwischen psychiatrischem Krankenhaus und psychiatrischer Krankenversorgung kristallisierte sich schon im geschichtlichen Überblick heraus. Von einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker, wie sie jetzt auch in der Bundesrepublik seit der Enquête über die Lage der Psychiatrie vermehrt angestrebt wird, lassen sich weitreichende Auswirkungen auf die Bauplanung psychiatrischer Einrichtungen erwarten.

Ein neues psychiatrisches Krankenhaus soll demnach verkehrsgünstig im Standartversorgungsgebiet liegen und von alternativen Einrichtungen wie Ambulanzen, Tageskliniken und Pflegeheimen ergänzt werden. Als optimale Größe eines psychiatrischen Krankenhauses werden 400 bis 600 Betten genannt.

Psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus sollen das psychiatrische Krankenhaus ergänzen. Zu ihren wesentlichen Vorzügen zählen die gemeindenahen Lage, eine überschaubare Größe und die Erleichterung der Integration von Psychiatrie und Allgemeinmedizin.

Bei der Bearbeitung der Literatur fiel auf, wie sehr die enge Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Architekten in der Bauplanung psychiatrischer Einrichtungen betont wird. Fruchtbare Ansätze, die Lücke zwischen der medizinisch psychiatrischen Aufgabenstellung und der Bauplanung zu schließen, haben im In- und Ausland zu teilweise richtungsweisenden Bauprojekten geführt.

In Anlehnung an den Bau von Allgemeinkrankenhäusern setzt sich in den letzten Jahren auch bei psychiatrischen Krankenhäusern die Gliederung in Pflegebereich, Zentralbereich und Sozialzentrum zunehmend durch. Bei neueren Entwürfen werden eine aufgelockerte Bauweise mit nur zwei bis vier Stockwerken und ein differenzierter Grundriß bevorzugt. Die Gestaltung eines therapeutisch günstigen Milieus gewinnt sowohl für die Makrostruktur als auch für alle Aspekte der inneren Gestaltung an Bedeutung.

Die innere Gestaltung des Pflegebereichs nimmt in der vorliegenden Arbeit einen breiten Raum ein. Zielsetzung und Prinzipien der Milieugestaltung lassen sich hier besonders gut darstellen. Dabei wurde die Frage, welche baulichen Bedingungen für die Therapie und Rehabilitation des Patienten besonders günstig sind, in den Vordergrund gestellt.

In der Normalpflege zählen die Stationen gerade bei neueren Planungen in der Regel 20 bis 30 Betten. Als bevorzugte Zimmergröße für psychiatrische Patienten wird im Gegensatz zum Allgemeinkrankenhaus oft das Einzelzimmer genannt. Aber auch Zweibettzimmer sowie unterteilbare Vier- und Sechsbettzimmer bieten den Patienten genügend Privatsphäre und finden häufige Verwendung. Der Ort des Kontakts und des sozialen Beisammenseins ist auf der Station der Tagesraum, der von kleinen Wohnbereichen für vier bis sechs Patienten ergänzt werden kann. Als Mittelpunkt des sozialen Geschehens soll der Tagesraum in enger räumlicher Beziehung zu den Bettenzimmern stehen und wohnlich gestaltet sein.

Im Rahmen der Milieugestaltung sind der Zugang zu Tageslicht und die Möglichkeit natürlicher Belüftung für die Tagesräume als auch für die Flure von großem Wert. Die Flure lassen sich zusätzlich durch eine Reihe gestalterischer Maßnahmen von reinen Verkehrswegen zu attraktiven Aufenthaltszonen für die Patienten umwandeln.

Für die Intensivpflege schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder steht traditionell der Wachsaal zur Verfügung. In neueren psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen wird teilweise auch versucht, die Stationen selbst in Bereiche Intensiv-, Normal- und Leichtpflege zu unterteilen. Die schwerkranken Patienten können dann in Einzelzimmern in unmittelbarer Nähe des Schwesternstützpunktes intensiv betreut werden.

Der Pflegebereich mit den Betten- und Tagesräumen sowie verschiedenen Räumlichkeiten für Gruppenaktivitäten wird in vielen psychiatrischen Krankenhäusern von den Einrichtungen des Übergeordneten Pflegebereichs ergänzt. Hier können sich größere Patientengruppen zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie, aber auch zu therapeutischen Gesprächen und zur Freizeitgestaltung treffen. Das Sozialzentrum bietet in einem noch größeren Rahmen die Möglichkeit zu geselligen und gestalterischen Aktivitäten, zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie oder sportlicher Betätigung.

Die räumliche Gliederung des Pflegebereichs findet in der Gestaltung und Ausstattung der einzelnen Räume ihre Ergänzung. Für die Atmosphäre auf der Station ist das harmonische Zusammenspiel einzelner Faktoren wie Farbe, Licht, Temperatur, Lärm, Geruch, Material, Form und Raumstruktur von Bedeutung. Als Grundausrüstung an eigenem Mobiliar ist für die Patienten neben dem Bett und dem Nachtkästchen ein Schrank sowie ein Tisch mit Stühlen wünschenswert. Große Betten- und Tagesräume lassen sich durch mobile Regale praktisch und preisgünstig unterteilen. Teppichböden, Vorhänge, Tapeten, Wandschmuck und Zimmerpflanzen finden als Mittel der inneren Gestaltung auch auf psychiatrischen Stationen zunehmend Verwendung. Dagegen spielen Sicherheitsmaßnahmen auf Grund der modernen therapeutischen Möglichkeiten nicht mehr eine so bestimmende Rolle wie früher.

Leicht erkennbare Raumwegweiser in Form von Pictogrammen sowie Uhren, Kalender und Informationsmöglichkeiten durch Zeitung, Fernseher und Radio kommen den Bedürfnissen der Patienten nach räumlicher und zeitlicher Orientierung entgegen.

Der Wert der Milieugestaltung auf psychiatrischen Stationen findet durch die Forschungen der Umweltpsychologen eine experimentelle Bestätigung. Wiederholte, standartisierte Beobachtungen haben ergeben, daß die bauliche Umwelt der Station einen meßbaren Einfluß auf das Verhalten der Patienten ausübt. Eine triste Umgebung begünstigt ein passives Verhalten, während eine attraktiv und geschickt gestaltete Station zu einer Zunahme sozialen Verhaltens führt. Interessant ist, daß die Patienten nach den Beobachtungen der Umweltpsychologen in Einzelzimmern ein weitaus aktiveres und sozialeres Verhalten zeigen als in Schlafsälen, in denen Passivität vorherrscht.

Die Diskussion beschäftigte sich zunächst mit der Stellung des psychiatrischen Krankenhauses innerhalb des gemeindenahen Versorgungssystems. In den ersten, stürmisch verlaufenen Entwicklungsjahren der Gemeindepsychiatrie wurde dem psychiatrischen Krankenhaus in vielen Ländern eine weitere Existenzberechtigung gegenüber der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus und dem Community Mental Health Center weitgehend abgesprochen. Hier zeigen jedoch jüngste Erfahrungen und Untersuchungen, daß gerade die Aufgaben, die die chronisch Kranken mit sich bringen, sich ohne das psychiatrische Krankenhaus nicht befriedigend lösen lassen. Deshalb wird ihm heute vor allem in Form übergeordneter Versorgungszentren weiterhin eine bedeutende Rolle in der stationären Versorgung zugesprochen.

Die Organisation einer umfassenden gemeindenahen Versorgung

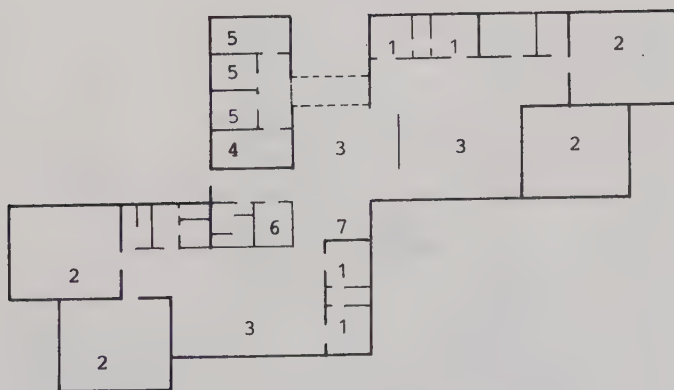
bringt große Probleme mit der Koordination der einzelnen psychiatrischen Dienste mit sich. Hier besteht leicht die Gefahr, durch staatliche Verwaltungsorgane und weitere Institutionalisierung das Versorgungssystem noch schwerfälliger zu gestalten. Das Beispiel der Niederlande zeigt dagegen, daß sich durch private Initiativen auf kommunaler Ebene eine harmonische Abstimmung der Dienste erreichen läßt.

Im weiteren wurde das psychiatrische Krankenhaus unter sozialpsychologischen Aspekten betrachtet. Es kann in diesem Zusammenhang als Mikrokosmos aufgefaßt werden, in dem sich die verschiedenen Ebenen gesellschaftlicher Beziehungen unter vereinfachten Bedingungen widerspiegeln. Um den einzelnen Patienten und Patientengruppen die Entfaltung vielfältiger sozialer Kontakte zu erleichtern, müssen ihnen die entsprechenden Räumlichkeiten und Einrichtungen bereitgestellt werden. Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich die Raumgruppen einer psychiatrischen Abteilung nach ihrem Öffentlichkeitsgrad gliedern. Private, halbprivat/halböffentliche und öffentliche Bereiche, repräsentiert durch Bettenzimmer, kleine Wohnbereiche, Tagesräume, übergeordnete Pflegebereiche und Sozialzentrum, bieten den Patienten die Möglichkeiten, ihr Verhalten in Gruppen wachsender Größe zu stabilisieren und sich so auf das Leben in der Gemeinde vorzubereiten.

Für die Grundrißgestaltung hat sich ergeben, daß sich diese reichhaltigen und detaillierten Anforderungen an die räumliche Gestaltung einer psychiatrischen Abteilung am besten in einem differenzierten Grundriß verwirklichen lassen. Eine aufgelockerte Bauweise bietet auch für die Milieugestaltung im Innern der Abteilung gute Voraussetzungen.

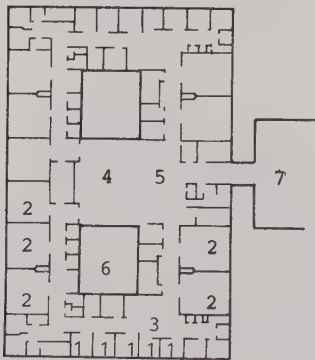
Eine die Eigenständigkeit des Patienten fördernde Therapie sowie eine das Verhalten der Patienten günstig beeinflussende Gestaltung der Station und eine auf die klinischen Bedürfnisse abgestimmte Verwaltungsführung können zusammen die Rehabilitation der psychisch Kranken fördern.

Musterplan der WHO (BAKER et al. 8)



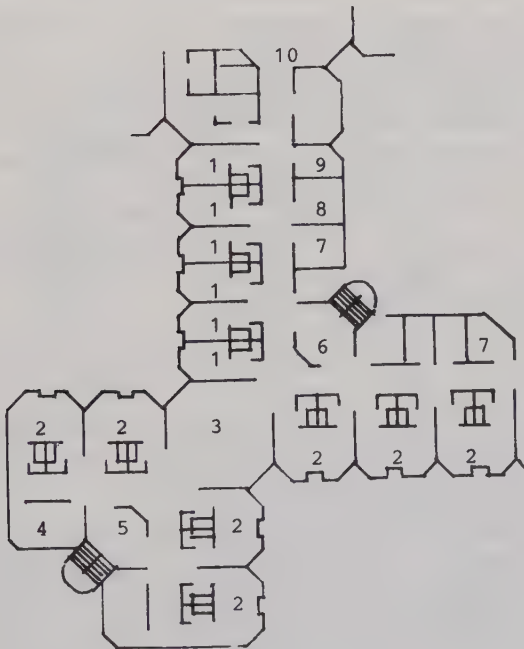
- 1 Einzelzimmer
- 2 Sechsbettzimmer
- 3 Tagesraum
- 4 Schwesternstützpunkt
- 5 Arzträume
- 6 Stationsküche
- 7 EBecke

Standart Psychiatric Departement der Regierung
Großbritannien (DHSS 37)



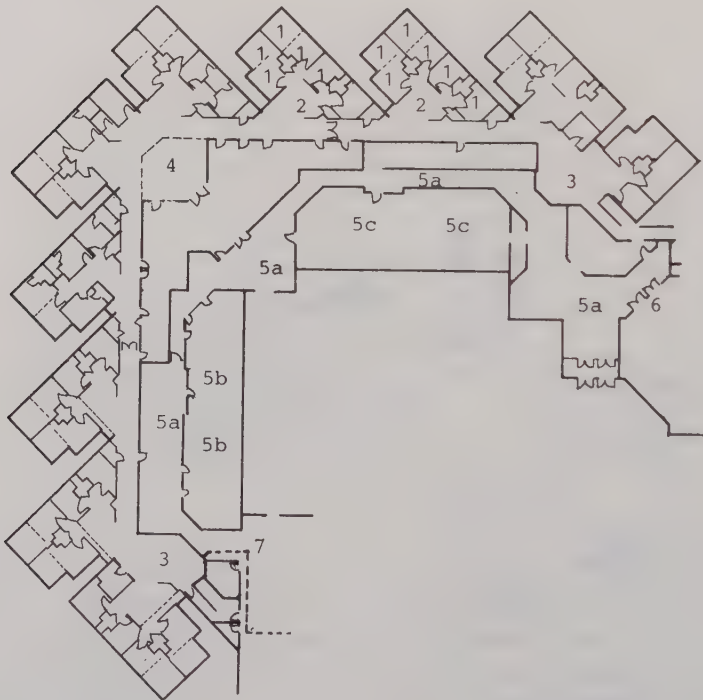
- 1 Einzelzimmer
- 2 Fünfbettzimmer
- 3 Schwesternstützpunkt
- 4 Tagesraum
- 5 Eßraum
- 6 Innenhof
- 7 Durchgang zum activities centre

Rheinisches Landeskrankenhaus in Bonn (Ausschnitt)
(HEINLE et al. 77)



- 1 Einbettzimmer
- 2 Zweibettzimmer
- 3 Eß- und Aufenthaltsraum
- 4 Gruppenraum
- 5 Fernsehraum
- 6 Schwesternstützpunkt
- 7 Arztzimmer
- 8 Sozialarbeiter
- 9 Besucherzimmer
- 10 Anschluß zur nächsten Pflegeeinheit

Community Mental Health Center in Marshfield/USA
(ANDERSON et al. 4)



- 1 Einzelzimmer
- 2 Wohnbereich für 6 Patienten
- 3 Tageszone mit Kaffeeausschank
- 4 Schwesternstützpunkt mit Kontaktzentrum
- 5 Zwischengeschoß mit
 - a) zentraler Patientenstraße mit direktem Zugang zu den
 - b) Räumen der Verwaltung und den
 - c) Räumen der Ärzte und des Pflegepersonals
- 6 Durchgang zur Tagesklinik
- 7 Durchgang zum Speisesaal und der Küche

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- (1) ACKERKNECHT E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie,
Stuttgart, F. Enke Verlag (1957)
- (2) AHMED P.J., S.C. PLOG: State Mental Hospitals. What
Happens When They Close, New York,
Plenum Medical Book Comp. (1976)
- (3) A hospital plan for England and Wales. Commd. 1604,
London, H.M.S.O. (1962)
- (4) ANDERSON S.E., L.R. GOOD, W.E. HURTING: Designing a
Mental Health Center to Replace a
County Hospital, Hosp. Comm. Psychiat.
27 907-813 (1976)
- (5) Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in
der Bundesrepublik Deutschland - Zur
psychiatrischen und psychotherapeu-
tisch/psychosomatischen Versorgung
der Bevölkerung. Deutscher Bundestag,
Drucksache 7/4201, Bonn, Universitäts-
druckerei (1975)
- (6) Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsi-
dent: Psychiatrische Krankenhaus-
planung und psychiatrische Versorgung
der Bevölkerung in Bayern. Denkschrift
der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen
Bezirktagspräsidenten, München (1971)
- (7) BAKER A.A.: Psychiatric Unit in a District General
Hospital, Lancet (1969 I) 1090-1093
- (8) BAKER H., R.L. DAVIES, P. SIVADON: Psychiatric Services
and Architecture. WHO Publik Health
Papers Nr. 1, Geneva (1959)
- (9) BAKOS M., D. CHAPIN, S. KAHN: A House Is a Center Is
a House: Participatory Design for a
Community Counseling Center, Hosp. Comm.
Psychiat. 27 814-819 (1976)
- (10) BARTEN H.H., L. BELLAK: Progress in Community Mental
Health, New York, Grune & Stratton (1972)
- (11) BECKENSTEIN N.: New State Hospital, siehe Referenz (13)
- (12) BECKMANN R.: The Therapeutic Corridor, Hospitals
45 71-80 (1971)
- (13) BELLAK L.: A Concise Handbook of Community Mental
Health, New York, Grune & Stratton (1964)

- (14) BELLAK L.: Handbook of Community Psychiatry, New York, Grune & Stratton (1964)
- (15) BENNET D.H.: Day Hospitals, Day Centers and Workshops, siehe Referenz (189)
- (16) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, Bonn, Universitätsdruckerei (1975)
- (17) BIERER J.: The Marlborough Experiment, siehe Referenz (14)
- (18) BIRREN F.: Color Psychology and Color Therapie, New York, Mc Graw-Hill Book (1950)
- (19) BISTER W.: Aufgaben und Möglichkeiten der Behandlung in einer psychiatrischen Nachtklinik, siehe Referenz (44)
- (20) BLAIN D.: The Funktion of the General Psychiatric Unit. Some Observations by the WHO Expert Committee on Mental Health, siehe Referenz (63)
- (21) BLUMENKRANZ J., R. WEBER: From Custodial to Rehabilitation Facility, Hospitals 49 66-68 (10/1975)
- (22) BOSCH G.: Zur Indikation tagesklinischer Behandlung, Nervenarzt 42 457-466 (1971)
- (23) BRILL H.: Strömungen und Gegenströmungen in der psychiatrischen Versorgung in den USA. In: Standorte der Psychiatrie, Hippus H., H. Lauter (eds.), München, Urban & Schwarzenbeck (1976)
- (24) BROTHWOOD J.: The Developement of National Policy and Some Further Aspects of Mental Health Policy, siehe Referenz (27)
- (25) BUIS C.: Planungsprobleme in der Psychiatrie, Z. Psychother. med Psochol. 23 77-82 (1973)
- (26) CAPLAN G.: Principles of Preventive Psychiatry, London, Tavistock Publications (1964)
- (27) CAWLEY R., G. McLACHLAN: Policy for Action, London: O.U.P. (1973)
- (28) CHANEY P.S.: Decor Reflects Environmental Psychology Hospitals 47 61-66 (11/1973)

- (29) CRAIK K.H.: Environmental Psychology
Ann. Rev. Psychol. 24 403-422 (1973)
- (30) CRANACH M. v.: Extramurale psychiatrische Versorgungssysteme, siehe Referenz (56)
- (31) DEAN G.: Principles and Processes of Soundproofing, siehe Referenz (63)
- (32) DEGKWITZ R.: Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD. Referatsammlung XXIV Gütersloher Fortbildungswoche 1971. 155-171, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster (1972)
- (33) DEGKWITZ R.: Zur Planung und Verbesserung der Lage der psychisch Kranken in der BRD
Nervenarzt 44 585-593 (1973)
- (34) DEGKWITZ R., P.W. SCHULTE: Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD. Bisherige Entwicklung - Status quo-Vorschläge zur Verbesserung,
Nervenarzt 42 169-180 (1971)
- (35) DEILMANN H.: Neue Tendenzen der Gesundheitsverordnung, Bauen + Wohnen 30 200-201 (1975)
- (36) Departement of Health, Education and Welfare: Statistical Report Nr. 92 und 96,
National Institute of Mental Health (1973)
- (37) Departement of Health and Social Security, London.
Hospital Building Note Number 35. Departement of Psychiatry (Mental Illness) for a District General Hospital. Welsh Office: Cardiff (1973)
- (38) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde: Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker in der BRD. Entwicklung und heutiger Stand - Vorschläge zur Verbesserung. Dtsch. Ärztebl. 68 2439-2445 u. 2485-2490 (1971)
- (39) DILLING H.: Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England, Nervenarzt 41 277-286 (1970)
- (40) DILLING H.: Vergleich von Rehabilitationseinrichtungen in England und der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialpsychiatrie. Dörnerk, U. Plog (eds.) Berlin, Luchterhand (1972)

- (41) DILLING H.: Stationäre psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychische Störungen, Reimann H., H. Reimann (eds.) München, Goldmann (1975)
- (42) DILLING H.: Die psychiatrische Versorgung in Norwegen. Bericht über eine Informationsreise (1973), siehe Referenz (5)
- (43) DUMONT M.P., C.K. ALDRICH: Family Care After a Thousand Years - a Crisis in the Tradition of St. Dymphna. Amer. J. Psychiat. 119 116-121 (1962)
- (44) EHRHARDT H.E.: Zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik. In: Perspektiven der heutigen Psychiatrie. Ehrhardt H.E. (ed.) Frankfurt/Main, Gerhards Verlag (1972)
- (45) EICHHORN-RAAB E.: Der Krankenhausbau in den letzten 25 Jahren. Krankenhaus 67 188-195 (1975)
- (46) ESSER A.H., A.S. CHAMBERLAIN, E.D. CHAPPLE, N.S. KLINE: Territoriality of Patients on a Research Ward, siehe Referenz (147)
- (47) FINZEN A.: Ansätze zu einer gemeindenahen Psychiatrie. Referatsammlung der XXII Gütersloher Fortbildungswoche 1970, 223-243, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster (1971)
- (48) FINZEN A.: Hat die Tagesbehandlung in der BRD eine Chance, Psychiat. Praxis 1 33-35 (1974)
- (49) FOLEY A.R., B.N. LACY: On the Need for Interprofessional Collaboration: Psychiatrie und Architecture, Amer. J. Psychiat. 123 1013-1018 (1967)
- (50) FORD D.L.: Erfahrungen mit Teppichböden im South County Hospital Wakefield, Rhode Island, in der Zeit vom 1. Juni 1970 bis 1. Mai 1973, Krankenhaus Umschau 43 298-299 (1974)
- (51) FORSSMAN H.: Die psychiatrische Versorgung in Schweden, siehe Referenz (5)
- (52) FOX R., M. RUTTER, E.B.O. SMITH: Psychiatric Day Hospitals Lancet (1960 I) 824-825
- (53) FRANKE J.: Zur Strategie der Milieuorientierung im Krankenhausbau. Architekt 262-264 (6/1975)

- (54) FREEMAN H., J. FARNDAL: Trends in the Mental Health Services, Oxford, Pergamon Press (1963)
- (55) FREUDENBERG R.K.: Das Anstaltsyndrom und seine Überwindung, Nervenarzt 33 165-172 (1962)
- (56) FREUDENBERG R.K.: Community Facilities and Sectorisation In: Psychiatrie der Gegenwart, Kische K.P., J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömgren, Berlin, Springer-Verlag (1975)
- (57) FUNK H.: Rehabilitationszentrum Meidling, Wien, Eugen Ketterl (1968)
- (58) GELLER W.: Über Bau und Einrichtung psychiatrischer Krankenhäuser. Krankenhaus 54 44-50 (1962)
- (59) GIEL R.: Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden, siehe Referenz (5)
- (60) GLANCY J.E.: Psychiatric Services and the Future. Lancet (1974 I) 510
- (61) GLASER F.B.: The Uses of the Day Program, siehe Referenz (10)
- (62) GLEISNER J., K. HEWITT, S. MANN: Reasons for Admission, siehe Referenz (189)
- (63) GOSHEN C.E.: Psychiatric Architecture. 1. Reprinting, Washington, Amer. Psychiat. Ass. (1959)
- (64) GOSHEN E.E.: A Review of Psychiatric Architecture and the Principles of Design, siehe Referenz (63)
- (65) GRAD J., P. SAINSBURY: Evaluating a Community Care Service, in: Trends in the Mental Health Service. Freeman H., J. Farndale (eds.) Oxford, Pergamon Press (1963)
- (66) GRAD J., P. SAINSBURY: The Effects That Patients Have on Their Families in a Community Care and a Control Psychiatric Service. A Two Years Follow-Up. Brit. J. Psychiat. 114 265-278 (1968)
- (67) GREENBLATT M.: Planung und Durchführung psychiatrischer Dienste in den USA, siehe Referenz (5)
- (68) GREENBLATT M.: Historical Factors Affecting the Closing of State Hospitals, in: State Mental Hospitals. What Happens When They Close. Ahmed P.J., S.C. Plog, New York, Plenum Medical Book Comp. (1976)

- (69) GRIESINGER W.: Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. Arch. Psychiat. 1 8-43 (1868/69)
- (70) GRIFFIN W.J., J.H. MAURITZEN, J. KASMAR: The Psychological Aspects of the Architectural Environment: A Review, Amer. J. Psychiat. 125 1057-1062 (1969)
- (71) GUY W., M. GROSS, G.E. HOGARTY, H. DENNIS: A Controlled Evaluation of Day Hospital Effectiveness, Arch. Gen. Psychiat. 20 329-338 (1969)
- (72) HABERMANN K.J.: Bautypologische Entwicklungslinien des psychiatrischen Krankenhauses - Versuche therapeutischer Umweltgestaltung. Institut für Bauplanung und Gebäudelehre, Techn. Universität München (1977)
- (73) HÄFNER H.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Helfen u. Heilen, Heft 4/5 118-125 (1965)
- (74) HARLFINGER H.: Zur Struktur und Bauplanung psychiatrischer Großkrankenhäuser. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 97 152-161 (1966)
- (75) HASTINGS F.W.: Environmental Architecture: A Checklist for Medical Planning. Hospitals 42 60-66 (4/1968)
- (76) HEINLE, WISCHER u. Partner, M. WANDEL, J. LENGERT: Ortsraumsystem-Wegraumsystem. Architekt 269-272 (6/1975)
- (77) HEINLE, WISCHER u. Partner: Variabilität im Pflegebereich - Rheinisches Landeskrankenhaus Bonn, Bauen + Wohnen 29 94-98 (1974)
- (78) HELD T.: Erfahrungen mit einem gemeindepsychiatrischen Zentrum in Paris, siehe Referenz (44)
- (79) HERZ M.J., R. SPITZER, J. ENDICOTT: Evaluation of Community Psychiatric Practice. Psychiat. Quart. 46 474-482 (1972)
- (80) HILLMANN E.: Bautypen moderner psychiatrischer Krankenhäuser, VESKA 332-334 (1968)

- (81) Hippius H.: Stellungnahme der DGNP zur Überarbeitung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten aus dem Jahre 1968, Spectrum 3 173-188 (1974)
- (82) Hippius H.: Sondervotum von Prof. Dr. H. Hippius, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zum Enquete-Schlußbericht. S. Referenz (16)
- (83) HOLAHAN C.J.: Seating Patterns and Behavior in an Experimental Dayroom. J. Abnorm. Psychol. 80 115-124 (1972)
- (84) HOLAHAN C.J., S. SAEGERT: Behavioral and Attitudinal Effects of Large-Scale Variations in the Physical Environment of Psychiatric Wards: J. Abnorm. Psychol. 82 454-462 (1973)
- (85) HUNTER M., C. SCHOLLER, H.E. SPOHN: The Measurement of Characteristic Patterns of Ward Behavior in Chronic Schizophrenics. J. Consult. Psychol. 26 69-73 (1962)
- (86) ITTELSON W.H., H.M. PROSHANSKY, L.G. RIVLIN: Bedroom-size and Social Interaction of the Psychiatric Ward. Environ. Behav. 2 255-270 (1970)
- (87) ITTELSON W.H., H.M. PROSHANSKY, L.G. RIVLIN: The Environmental Psychology of the Psychiatric Ward, siehe Referenz (147)
- (88) ITTELSON W.H., H.M. PROSHANSKY, L.G. RIVLIN: The Use of Behavioral Maps in Environmental Psychology., siehe Referenz (147)
- (89) ITTELSON W.H., H.M. PROSHANSKY, L.G. RIVLIN, G.H. WINKEL: Einführung in die Umweltpsychologie, Stuttgart, Ernst Klett Verlag (1977)
- (90) IZUMI K.: Psychosocial Phenomena and Building Design, siehe Referenz (143)
- (91) IZUMI K.: Perceptual Factors in Design of Environments for the Mentally Ill. Hosp. Comm. Psychiat. 27 802-806 (1976)
- (92) JETTER D.: Zur Typologie des Irrenhauses in Deutschland. Fortschr. Neurol. 29 629-638 (1961)
- (93) JETTER D.: Die psychiatrischen Krankenhäuser als Anstalten besonderer Art. Confin Psychiat. 9 198-222 (1966)

- (94) JETTER D.: Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland. Wiesbaden, F. Steiner Verlag (1971)
- (95) JETTER D.: Zur Entwicklung der Irrenfürsorge im Donaauraum, Medizinhistor. J. 6 189-189 (1971)
- (96) JOEDICKE J.: Milieubildung im Krankenhaus, Bauen + Wohnen 30 185 (1975)
- (97) Joint Commission of Mental Illness and Health: Action for Mental Health. New York, Basic Books (1961)
- (98) JONAS D.F., A.D. JONAS: Der Fremde in unserer Mitte, Psycho 3 44-47 (1/1977)
- (99) JONES M.: The Therapeutic Community. New York, Basic Books (1953)
- (100) KALBERER D. u. U., W. HARDE, P. SCHEELE: Entwürfe für psychiatrische Kliniken, Bauwelt 63 1872-1884 (1972)
- (101) KENNEDY J.F.: Mental Illness and Mental Retardation. Amer. J. Psychiat. 120 729-737 (1964)
- (102) KIRCHHOFF Th.: Geschichte der Psychiatrie, in: Handbuch der Psychiatrie. Aschaffenburg G. (ed.), Leipzig und Wien, Franz Deuticke (1912)
- (103) KISKER K.P.: Gedanken zum modernen psychiatrischen Krankenhaus heute. Dtsch. med. Wschr. 88 192-199 (1963)
- (104) KLING V.G.: Space: A Fundamental Concept in Design, siehe Referenz (63)
- (105) KOHLMAYER W.A.: Das Konzept der Gemeindepsychiatrie in den USA, Theorie und Praxis. In: Perspektiven der heutigen Psychiatrie, Ehrhardt H.E. (ed.), Frankfurt/Main, Gerhardsverlag (1972)
- (106) KRAEPELIN E.: Hundert Jahre Psychiatrie, Z. ges. Neurol. Psychiat. 38 161-275 (1918)
- (107) KÜBLER R., M. WANDEL: Die Tapete als Element der atmosphärischen Information, Architekt 274-275 (6/1975)
- (108) KÜBLER R.: Wissenschaftliche Grundlagen zur Gestaltung einer positiven Atmosphäre im Krankenhaus, Architekt 264-266 (6/1975)

- (109) LABRYGA F.: Moderne Gesundheitsbauten, in: Entwurf und Planung 4, Peters P. (ed.), München, G.D.W. Callwey (1970)
- (110) LEBENSOHN Z.M.: Form and Function in the General Hospital Psychiatric Unit. Ment. Hosp. 14 245-250 (1963)
- (111) LEOVICI S., P. PAUMELLE: An Experiment in District Psychiatry in Paris. Psychiatry for the Community and in the Community, siehe Referenz (13)
- (112) LEVY E.: Designing Environments for the Mentally Retarded Clients, Hosp. Comm. Psychiat. 27 793-796 (1976)
- (113) LETEMANDIA F.J.J., A.D. HARRIS: Psychiatric Services and the Future. Lancet (1973 II) 1013-1016
- (114) MARLETT J.J.C.: Die Zusammenarbeit zwischen klinischen und ambulanten psychiatrischen Zentren in den Niederlanden, Z. Psychother. med. Psychol. 23 196-199 (1973)
- (115) MASLOW A.H., N.L. Mintz: Effects of Esthetics Surroundings. I. Initial Effects of Three Esthetic Conditions upon Perceiving "Energy" and "Well Being" in Faces. J. Psychol. 41 247-254 (1956)
- (116) MARTIN. LAUSBERG, WOLLENBURG: Sozial- und Sportzentrum im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, Bauwelt 63 1867-1869 (1972)
- (117) MAYER W.: Analyse, Entwicklung und Bedeutung von Alternativen für den Normalpflegebereich des Allgemeinkrankenhauses. Berlin-Nürnberg, Fachbereich 21 der TU Berlin (1972)
- (118) MAYER W.: Variable Pflegeeinheit, Bauen + Wohnen 30 202-203 (1975)
- (119) MAXMEN J.S., G.J. TUCKER, M.D. LeBOW: Rational Hospital Psychiatry, New York, Brunner/Mazel Inc. (1974)
- (120) MCATEE O.B., G.A. ZIRCLES: The Evaluation of a State Hospital into a Human Service Centre, Hosp. Comm. Psychiat. 25 381-382 (1974)
- (121) MCLEAN C.C.: Furnishing a Psychiatric Hospital, siehe Referenz (63)
- (122) MEANS G.C., R.E. ACKERMANN: South Carolinas Village System, Hosp. Comm. Psychiat. 27 789-792 (1976)

- (123) Mental Health Act. London: H.M.S.O. (1959)
- (124) MOOS R.H., P.S. HOUNTS: Assessment of the Social Atmosphere of Psychiatric Wards, J. Abnorm. Psychol. 73 595-604
- (125) MOOS R.H., P.S. HOUNTS: Differential Effects of the Social Atmospheres of Psychiatric Wards, Hum. Relat. 23 47-60 (1970)
- (126) MOOS R.H.: Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach, New York, J. Wiley & Sons (1974)
- (127) MOOS R.H.: Manual Ward Atmosphere Scale. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc. (1974)
- (128) MÜLLER H.W., H. KOESTLER: Entwicklungsformen des psychiatrischen Krankenhauses in der heutigen Zeit, Nervenarzt 35 473-479 (1964)
- (129) MÜLLER H.W.: Um die Humanisierung der Psychiatrie, Krankenhaus 67 157-163 (1975)
- (130) MÜLLER H.: Das Krankenhauswesen der Bundesrepublik Deutschland in der Statistik, Krankenhaus Umschau 44 462-464 (1975)
- (131) MÜLLER R.: Psychologisch orientierte Umweltgestaltung, Architekt 267-269 (6/1975)
- (132) MURKEN A.H.: Das deutsche Allgemeine Krankenhaus im Wandel der letzten 200 Jahre, Krankenhaus 66 300-313 (1974)
- (133) National Health Service Act. London: H.M.S.O. (1946)
- (134) NG V.: Design Concepts for a Comprehensive Community Mental Health Center, Hospitals 39 56-59 (16/1965)
- (135) NOVOTNY F.: Der Pflegebereich im Allgemeinkrankenhaus, Krankenhaus 67 231-238 (1975)
- (136) NOVOTNY F.: Der Pflegebereich im Allgemeinkrankenhaus, Architekt 273-274 (6/1975)
- (137) Oberste Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern: Raumgruppe Pflegeeinheit Psychiatrie, Bestandsaufnahme, Bewertung, Zielsetzung, München, Selbstverlag (1977)
- (138) OLDHAM A.J.: Community Psychiatry in London. A Three Year Analysis. Brit. J. Psychiat. 115 465-474 (1969)
- (139) OSMOND H.: The Relationship Between Architect and Psychiatrist, siehe Referenz (63)

- (140) OSMOND H.: Function as the Basis of Ward Design, siehe Referenz (143)
- (141) OZARIN L.D., A.J. LEVENSON: The Community Mental Health Centers Program in the U.S. A New System of Mental Health Care. Soc. Psychiat. 2 145-149 (1967)
- (142) PANSE F.: Institution und Atmosphäre des Psychiatrischen Krankenhauses als therapeutische Funktion, Nervenarzt 33 70-71 (1962)
- (143) PANSE F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen, Stuttgart, G. Thieme Verlag (1964)
- (144) PHILIPZEN H.: Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Referatsammlung der XXIV Gütersloher Fortbildungswoche 1971, 93-105, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster (1972)
- (145) Planungsgruppe Key: Sozialzentrum des Westfälischen Landeskrankenhauses in Dortmund-Aplerbeck, Bauwelt 65 843-845 (1974)
- (146) PÖRKSEN N.: Kommunale Psychiatrie, das Mannheimer Modell, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt (1974)
- (147) PROSHANSKY H.M., W.H. ITTELSON, L.G. RIVLIN: Environmental Psychology: Man and his Physical Setting, New York, Holt Rinehart & Winston (1970)
- (148) PROSHANSKY H.M., W.H. ITTELSON, L.G. RIVLIN: Freedom of Choice and Behaviour in a Physical Setting, siehe Referenz (147)
- (149) PROSHANSKY H.M., W.H. ITTELSON, L.G. RIVLIN: The Influence of the Physical Environment on Behaviour: Some Basic Assumptions, siehe Referenz (147)
- (150) RAUCH J., M. RICHARTZ, R. WIENEKAMP: Sektorisierte Versorgung in Holland. Bericht über eine Informationsreise (April 1974), siehe Referenz (5)
- (151) RAUH W.D.: Differenzierte Großklinik, dargestellt am Beispiel des Klinikzentrums Dortmund-Bolmke, Krankenhaus 68 52-59 (1976)
- (152) RAUH W.: Milieu als Mittel der Therapie im Krankenhaus, Krankenhaus 65 478-485 (1973)

- (153) REIMANN H.: Kritische Betrachtung gemeindenaher-psychiatrischer Programme in den USA, in: Sozialpsychiatrie, Dörner, U. Plog, 2. Aufl., Berlin, Luchterhand (1973)
- (154) Report of the Tripartite Committee: The Mental Health Service After Unification, London: British Medical Ass. (1972)
- (155) ROSENFELD J.: Hospital Architecture, Integrated Components, New York, Van Nostrand Reinhold Comp. (1971)
- (156) ROSS M.: Extramural Treatment Techniques: An International Overview, siehe Referenz 14
- (157) SAINSBURY P.: A Comparative Evaluation of a Comprehensive Community Psychiatric Service, siehe Referenz (27)
- (158) SCHEFFLER-KRÜTZFELD: Teppichböden im Krankenhaus, Bauwelt 65 1338-1339 (1974)
- (159) SCHMITT D.: Presseinformation: Einweihung des Psychiatrischen Bettenhauses "G" im Nervenkrankenhaus Kaufbeuren, Landbauamt Augsburg 75, Burgkmairstr. 72
- (160) SCHOBERTH H.: Das Hostel - eine Chance im Krankenhausbau, Krankenhaus 65 379-384 (1973)
- (161) SCHRENK M.: Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie, Nervenarzt 38 479-487 (1967)
- (162) SCHULTE W., WACHSMUTH R.: Von Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke zu psychiatrischen Krankenhäusern. In: Handbuch für den modernen Krankenhausbau Vol. 2, Vogler P., Hassenpflug G. (eds.), München+Berlin, Urban & Schwarzenbeck (1962)
- (163) SCHULZ C.: Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns vom Standpunkt des Psychiaters an einem Nervenkrankenhaus. In: Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns. München, Schriftreihe der bayerischen Landesärztekammer (1970)
- (164) SEAGER C.P.: Psychiatry and Architecture, Review of Literature, Ipswich, East Anglican Magazin (1972)
- (165) SEAGER C.P.: Psychiatry and Architecture - Brief for an Architect. In: Contemporary Issues in Psychiatry, Howells J.G. (ed.), London, Butterworths (1974)

- (166) SHOENBERG E.: The Therapeutic Community, in: Moderne Wege der Krankenhauspsychiatrie, Stockhausen G. (ed.), Schattauer Verlag (1968)
- (167) SIMPSON G., N.S. KLINE: A New Type of Psychiatric Research Ward, Amer. J. Psychiat. 119 511-514 (1962)
- (168) SIVADON P.: General Principles of Construction of Psychiatric Hospitals, in: Modern Perspectives in World Psychiatry, Howells J.G. (ed.), Edinburgh: Oliver & Boyd (1968)
- (169) SIVADON P.: Space as Experienced: Therapeutic Implications, siehe Referenz (147)
- (170) SMITH C.M.: Psychiatrische Versorgung in Canada - System oder Nichtsystem, siehe Referenz (5)
- (171) SMITH C.W.: Architectural Research and the Construction of Mental Hospital, siehe Referenz (63)
- (172) SMITH W.G., W. HART: Community Mental Health: A Noble Failure, Hosp. Comm. Psychiat. 26 581-583 (1975)
- (173) SPIRO M.R.: On Beyond Mental Health Centers: a Planning Model for Psychiatric Care, Arch. Gen. Psychiat. 21 646-654 (1969)
- (174) SPIVAK M.: Psychological Implications of Mental Health Centers Architecture, Hospitals 43 39-44 (1/1969)
- (175) STANTON A.H., M. SCHWARTZ: The Mental Hospital, New York, Basic Books (1954)
- (176) STEINBÜCHEL-RHEINWALL C.v., S. LANGE, H.L.P. RESNIK: Gedanken zur Einführung in die psychiatrische Krankenhausplanung. Krankenhaus 67 376-386 (1975)
- (177) STEUER W.: Textile Bodenbeläge im Krankenhaus? Krankenhaus 67 264-266 (1975)
- (178) STRÖMGREN E.: Die Situation der psychisch Kranken in Dänemark, siehe Referenz (5)
- (179) TARAIL M.: A General Hospital Program for Serving Community Mental Health Needs, Hospital 42 47-51 (1968)
- (180) TOOTH G.C., E.M. BROOKE: Trends in the Mental Hospital Population and Their Effect on Future Planning, Lancet (1961 I) 710-713

- (181) TRITES D.K., F.D.J. GALBRAITH, M. STURDAVANT, J.F. LECKWART: Influence of Nursing-Unit Design on the Activities and Subject Feeling of Nursing Personnel. Environ. Behav. 2 303-334 (1970)
- (182) VIEFHUES H.: Aufgaben der psychischen Hygiene und der praktischen Psychiatrie (Vier Sachverständigenberichte der WHO) Schriftreihe a.d.Geb. d. Öff. Gesundheitswesens h.10, Stuttgart, Thieme 1959
- (183) WELTER R.: Experimentelle Milieuänderung auf einer Bettenstation für Langzeitkranke, Bauwelt 67 1430-1433 (1976)
- (184) WHITEHAED C., G. ELLISON, S. KERPEN, D. MARSCHALL: The Aging Psychiatric Hospital: An Approach to Humanic Redesign, Hosp. Comm. Psychiat. 27 781-788 (1976)
- (185) WIEDEFELD J.: Baulich-technischer Schallschutz im Krankenhaus, Krankenhaus Umschau 30 272-282 (1961)
- (186) WING J.K.: Über Entwicklung und Auswertung eines neuen Programms zur psychiatrischen Versorgung in London, in: Perspektiven der Heutigen Psychiatrie, Ehrhardt H.E. (ed.) Frankfurt/Main, Gerhards Verlag (1972)
- (187) WING J.K.: Die psychiatrischen Gesundheitsdienst in Großbritannien und Nordirland, siehe Referenz (5)
- (188) WING J.K.: Die Evaluation gemeindenaher Dienste, Arch. Psychiat. Nervenkr. 220 245-254 (1975)
- (189) WING J.K., A. HAILEY: Evaluating a Community Psychiatric Service, London O.U.P. (1972)
- (190) WINKLER W.T.: Das moderne psychiatrische Krankenhaus, Hippokrates 40 107-114 (1969)
- (191) WINKLER W.T.: Sozial- und Sportzentrum im Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh, Bauwelt 61 1747 (1970)
- (192) WINKLER W.T.: Gesichtspunkte zum Bau psychiatrischer Krankenhäuser, Bauwelt 63 1866-1871 (1972)
- (193) WINKLER W.T.: Das psychiatrische Krankenhaus: Organisatorische und bauliche Planung, in: Psychiatrie der Gegenwart, Kische K.P., J.E. Meyer, C. Müller, E. Strömberg, Berlin, Springer-verlag (1975)

- (194) WISCHER R.: Anregungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und seiner baulichen Elemente, Bauen + Wohnen 30 204-205 (1975)
 - (195) ZEIDLER E.: Das primäre Spitalsystem, Bauen + Wohnen 30 186-192 (1975)
 - (196) ZERSSEN D.v., H. DILLING: Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns vom Standpunkt der Planung, in: Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns. München, Schriftreihe der Bayerischen Landesärztekammer (1970)
 - (197) Zusammenfassender Bericht der WHO (übersetzt von H. Kunze): Die Zukunft psychiatrischer Krankenhäuser, Spectrum 7 212-220 (1978)
 - (198) Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquete über die Lager der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/1124, Bonn, Universitätsdruckerei (1973)
 - (199) Bezirkskrankenhaus Haar bei München. Festschrift zur Einweihung der Aufnahmeklinik (1972)
 - (200) Eight New Design of Mental Health, Hospitals 42 77-114 (3/1968)
 - (201) State Mental Hospital, Glostrup. Printed in Denmark, Aarhus by Stiftsbogtrykkerie
 - (202) The Kirkbride Plan, Hosp. Comm. Psychiat. 27 473-477 (1976)
 - (203) Worcester Comprehensive Mental Health Projekt, DHSS, Architect's Department, London
- Nachtrag:
- (204) MÜHLICH- von STADEN Ch., W. MÜHLICH: Primäre Prävention in Wohnungsbau und Städteplanung - Psycho-soziale Aspekte, siehe Referenz (5)

Herrn Professor Dr. med. Hippus danke ich herzlich für die Überlassung des Themas und für die Korrektur der Arbeit.

Mein besonderer Dank geht an Herrn Dr. P. Buchheim, der mich bei der Durchführung der Arbeit hilfsbereit unterstützt und beraten hat.

Eine wertvolle Hilfe bei der Literatursuche waren die Damen der Klinik-Bibliothek, denen ich ebenfalls zu Dank verpflichtet bin.

L E B E N S L A U F

Am 25. September 1951 wurde ich als Sohn des Bankkaufmanns Hans Obermayer und der Beamtin Elisabeth Schäffler geboren. Dem Volksschulbesuch von 1957 bis 1961 in München folgte die neunjährige Ausbildung im naturwissenschaftlich/mathematischen Zweig des Luitpoldgymnasiums in Wasserburg/Inn und des Luitpoldgymnasiums in München. Im Juni 1971 legte ich in München die Reifeprüfung ab. Im Wintersemester 1971/72 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit dem Studium der Humanmedizin. Im Oktober 1973 legte ich hier die ärztliche Vorprüfung ab und bestand im Oktober 1977 das medizinische Staatsexamen.

Die Approbation als Arzt erhielt ich im März 1978.

Vom 1.1.1979 bis 31.8.1980 war ich als Assistenzarzt in der Klinik Schwangau beschäftigt. Seit 1.9.1980 arbeite ich in der Chirurgie des Kreiskrankenhauses Schongau.

